

Formulario 001 - Programa de Discapacidad

Cronograma de Actividades

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

Fecha

Beneficiario

Apellido y Nombres

Número de DNI

Edad

Cronograma de Actividades

Indicar la distribución de las actividades formales (incluyendo sesiones en horas de asistencia semanal y jornada educativa).

La misma debe contar con la firma del beneficiario o del tutor en caso de ser menor y del médico tratante. Lo consignado en el siguiente recuadro debe contemplar la necesidad de tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requeridos para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.

| Horarios/Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|---------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| 07 | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |

Firma del Beneficiario / Tutor

Aclaración

Firma y Sello del Médico Tratante

Aclaración

Firma y Sello de Auditoría Médica

Aclaración