

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