FORMULARIO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2025

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *Nº:*_____

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando:

A) En la columna HORARIO detallar la franja horaria en la que el Asociado recibe la prestanción, señalando hora de inicio y fin.

B) En la columna DÍAS colocar el día en que recibe la prestación y especificar el nombre de la misma.

HORARIO		DÍAS						
INICIO	FIN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
08:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
20:.....	.....:.....							

_____

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

_____

ACLARACIÓN

_____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO