Anexo 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEMANAL

Nombre y apellido del beneficiario/a:

Se solicita que complete el siguiente cronograma para garantizar el desarrollo de las prestaciones. En la columna Horario deben indicar la franja horario en que la que el/la beneficiario/a recibe la prestación, detallando hora de inicio y fin. Los días y horarios deben coincidir por lo presupuestado por los/las profesionales.
En la columna Días colocar el día en que recibe la prestación indicando el nombre de la misma.
Señale lo que corresponda:
Escolarizado/a (en caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular): SI NO
Nombre del establecimiento Educativo y Grado:

Horario		Dias					
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
08:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
….:….	….:….						
20:…	….:….						

Firma del afiliado/a titular