Apross

PLANILLA DE ASISTENCIA ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

PROFESIONAL: ..... **MÓDULO:** .....

MES: ..... **DIRECCIÓN:** ..... **TELÉFONO:** .....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... **N° DE AFILIADO:** .....

FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR Y/O RESPONSABLE	OBSERVACIONES
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

Las firmas deberán estar consignadas en c/u de los días asistidos. De ser un tercero deberá acreditarse vínculo.
No se contemplarán las firmas cruzadas que abarquen más de un día.
Cuando el Acompañamiento Terapéutico sea realizado en una institución, este formulario debe ser firmado y sellado por su autoridad.
Los débitos realizados en relación a la falta de datos de las planillas de asistencias no serán acreditados.
SIN EXCEPCIÓN

.....
Firma y Sello Profesional

Sede Central
Marcelo T. De Alvear 758.
B° Güemes - Córdoba

Horario de atención:
de 08.00 a 20.00 hs.

CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO 0 800 888 2776
E-mail: comunicaciones.apross@cba.gov.ar
www.apross.gov.ar