Apross

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA - REHABILITACIÓN

PROFESIONAL: ..... ESPECIALIDAD: .....

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

NOMBRE Y APELLIDO: ..... NÚMERO 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.
Se considerará una sesión por día, siendo esta de 45 minutos como mínimo, y no por asistencia de mayor horario.
Los débitos realizados en relación a la falta de datos en las planillas de asistencias no serán acreditados.
SIN EXCEPCIÓN.

.....

Firma y Sello Profesional