

PROFESIONAL: ..... ESPECIALIDAD: .....  
MES: ..... DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: ..... TELÉFONO: .....  
NOMBRE Y APELLIDO: ..... NÚMERO DE AFILIADO: .....

FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL	OBSERVACIONES
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

En caso de tachaduras y/o enmiendas, las mismas deberán ser salvadas por el director del establecimiento.  
Los debitos realizados en relación a la falta de datos en la planilla de asistencia no serán acreditados. Sin excepción.

.....  
Firma y Sello Directora (1 vez al mes)