

PLANILLA DE ASISTENCIA

Mes / Año:

Beneficiario:

Expte:

Día	Firma beneficiario o familiar a cargo
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

Día	Firma beneficiario o familiar a cargo
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

Informo, en carácter de declaración jurada, que la presente constancia de asistencia corresponde a los servicios prestados, cuya factura se acompaña.

Firma prestador