PLANILLA DE ASISTENCIA

Nombre y Apellido del Afiliado:	
Nro de Afiliado:	
Domicilio donde se realiza la prestación:	
Período:	

Día	Fecha	Hora de ingreso	Hora de egreso	Firma de Titular o Padre
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				/
Sábado				
Domingo			A /	
Lunes		AND THE REAL PROPERTY.		
Martes				
Miércoles			2 2	100
Jueves	177			7
Viernes			7 /	/
Sábado			- / /	/
Domingo			/ /	
Lunes			/ /	
Martes			/ /	
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Firma del Prestador: