

Información a completar por el titular de la institución o por médico responsable de la institución.

Nombre y Apellido del Afiliado	DNI
--------------------------------	-----

La presente constituye una Declaración Jurada y deberá estar firmada al dorso

Información de la Institución Geriátrica o Gerontológica

Nombre de la Institución	CUIT
Domicilio Real	Localidad
E - mail de contacto	Tel. de contacto (obligatorio)

Información del responsable de la Institución Geriátrica o Gerontológica

Nombre y Apellido	CUIT
Domicilio Real	Localidad
E - mail de contacto	Tel. de contacto (obligatorio)

Información del Médico responsable de la Institución Geriátrica o Gerontológica

Nombre y Apellido	CUIT
Domicilio Real	Localidad
E - mail de contacto	Tel. de contacto (obligatorio)

PAD (PLAN DE ASISTENCIA DIARIA)

Para ser completado por la Institución. Por favor describa brevemente la propuesta de trabajo a realizar

Valor presupuestado por la Institución (importe en números y letras):

Cuenta con habilitación de Ministerio de Salud de la Provincia o del Ministerio de Desarrollo Social SI ☐ NO ☐

Nº de la Resolución de habilitación Provincial y Municipal (adjuntar una copia de las mismas).....

.....
Firma y aclaración del responsable de la Institución

.....
Firma y aclaración del afiliado, familiar o responsable

