DIRECCIÓN OBRA SOCIAL EMPLEADOS MUNICIPALES

PLANILLA CONTROL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

CORRESPONDIENTE AL MES DE .....DE.....

AFILIADO N°: .....

APELLIDO Y NOMBRE: .....

FECHA			HORARIO		
DIA	MES	AÑO	ENTRADA	SALIDA	FIRMA AFILIADO
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				

....

Lugar y fecha de entrega Firma y sello profesional