Programa Federal *INCLUIR SALUD*

Planilla Mensual de Asistencia para las maestras integradoras

Apellido y Nombre del beneficiario:
DNI Nº:
Periodo:

Dias	Presente (marcar x)	Firma Padre o Tutor	Firma y sello Institución
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

FIRMA DE LA PROFESIONAL