



OSTVENDRA

OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES VENDEDORES DE DIARIOS, REVISTAS Y AFINES



integracion@ostvendra.org.ar

INFORME MEDIO TERMINO

FECHA DE EMISIÓN	<input type="text"/>	LUGAR	<input type="text"/>
INFORME DE (NOMBRE DE LA PRESTACIÓN)	<input type="text"/>		
NOMBRE DEL PRESTADOR	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
MAIL PRESTADOR	<input type="text"/>	CUIT	<input type="text"/>
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	<input type="text"/>		
DNI	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>
		EDAD	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			

INFORME MITAD DE AÑO

Período de abordaje.

Modalidad de concurrencia
(tipo de jornada/cantidad de sesiones).

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Tiempo de duración de la sesión.

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Situación clínica/pedagógica actual. Resultados alcanzados (desarrollo) ¿Cómo está el beneficiario?

<input type="text"/>

Estrategias utilizadas.

<input type="text"/>

Intervenciones realizadas con el núcleo de apoyo (Familia/referentes vinculares/otros profesionales).

Objetivos alcanzados en el período.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello legible

.....
Matrícula