

**Anexo XXII**

**Planilla Asistencia: Módulo 11**

Hospital de Día

Hospital de Día						
Día	Fecha	Descripción de la/s Actividades Desarrolladas	Firma y sello Profesional	Firma del Afiliado	Aclaración	D.N.I
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

Total de días asistidos:

Jornada Completa:

Media Jornada:

Inasistencias: