

## **Anexo XIV - Plan de Trabajo del Acompañante Terapéutico**

(Aplicable al Módulo IV - Acompañante Terapéutico)

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Objetivos:

---

---

---

---

Particularidades Socio culturales y familiares:

---

---

---

---

Particularidades Socio culturales y familiares:

---

---

---

---

Cambios que se pretenden lograr con el A.T.

---

---

---

---

Período solicitado: desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horas diarias: \_\_\_\_\_ (Máximo 5) Días de la semana: \_\_\_\_\_ (Máximo 5)

Domicilio real donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

horarios	lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Nombre el equipo interdisciplinario o profesional a cargo de la supervisión del  
Acompañamiento Terapéutico: \_\_\_\_\_

Firma y sello: