

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: