



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
Servicio Nacional de Rehabilitación



ANEXO V

**DECLARACION JURADA DE POBLACION ASISTIDA**

..... En mi carácter de ....., declaro bajo juramento que actualmente la totalidad de asistidos que se encuentran en la institución que represento asciende a la cantidad de ....., en la prestación (marcar con una cruz):

• CENTRO DE DIA	
• CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	
• PRESTACIONES EDUCATIVAS:	
	EDUCACION INICIAL
	EDUCACION GENERAL BASICA
	SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
	FORMACION LABORAL Y/O REHABILITACION PROFESIONAL
• HOGAR	
• HOGAR CON CENTRO DE DIA	
• HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	
• HOGAR CON EDUCACION INICIAL	
• HOGAR CON FORMACION LABORAL	
• RESIDENCIA	
• PEQUEÑO HOGAR	

Y en la modalidad (marcar con una cruz):



*Ministerio de Salud*

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
**Servicio Nacional de Rehabilitación**



• JORNADA SIMPLE	
• JORNADA DOBLE	
• JORNADA REDUCIDA	
• ALOJAMIENTO LUNES A VIERNES	
• ALOJAMIENTO PERMANENTE	

Asimismo tomo conocimiento que la presente deberá ser actualizada al momento de realizarse la auditoría en terreno (v....) y, de corresponder, en la oportunidad prevista en el punto... de la Resolución N° 02/13 del Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

En Buenos Aires a los..... días del mes de..... del año 2015.

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACION

.....  
DNI