



## **REQUISITOS DE PRESTADORES ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS**

- **1.- CURRICULUM VITAE Y FOTOCOPIA DEL TITULO.-**
- **2.- INSCRIPCION Y CONDICION FISCAL FRENTE A AFIP. EN CASO DE SER EXENTO EN EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS PRESENTAR CERTIFICADO DE EXENCION RG SEGÚN RESOLUCION GENERAL VIGENTE NRO. 2681 POR EL PERIODO ACTUAL**
- **3.- POLIZA DE SEGURO DE MALA PRAXIS RESPONSABILIDAD CIVIL**
- **4.- INGRESOS BRUTOS – CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y/O EXENCION. ( EXCLUYENTE )**
- **5. EN CASO DE SALIDA CON EL ACOMPAÑADO PRESENTAR:**
  - **FOTOCOPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE**
  - **SEGURO DE VEHICULO VIGENTE**
- **6. CERTTIFICADO ANTECEDENTES PENALES**

Consultas al:

Email: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

Whatsapp  297-5362884



**DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA AT:**

- C. Vitae actualizado.
- Fotocopia de seguro de mala praxis y comprobante del último pago.
- Constancia de Inscripción Afip
- Ingresos Brutos y Comprobante de Pago.-
- Antecedentes Penales Nacionales

**MARCAR LO QUE CORRESPONDA CON X**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MATRICULA</b>		
<b>INSCRIPCION EN ASOC. ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO</b>		
<b>Título Habilitante</b> avalado por Ministerio de Educación y Salud.		
<b><u>Especificar:</u></b>		
<b>OTROS</b>		
<b><u>Especificar:</u></b>		
Adjuntar documentación respaldatoria:		

**VALORES SUJETO A AUDITORIA.**

Enviar por mail: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

**Firma A.T:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_