

Fecha: ____/____/____

CONFORMIDAD PRESTACIONAL AÑO 2025

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____ DNI: _____

Yo _____
con Documento Tipo (_____) N.º _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2025

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2025

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2025

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2025

Firma: _____

Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre

De _____.

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

Vínculo: _____