Conformidad Prestacional 2027

Fecha:____/____/____

Apellido y Nombre del beneficiario:_____N° de afiliado: _____

Yo: _____ Con Documento Tipo (_____) N°: _____

doy mi confirmidad respecto a la/s prestacion/es que a continuación se detallan y dejo constancia q,ue me han explicado los términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1) **Prestación:**_____Prestador: _____

Desde:_____Hasta: _____

2) **Prestación:**_____Prestador: _____

Desde:_____Hasta: _____

3) **Prestación:**_____Prestador: _____

Desde:_____Hasta: _____

4) **Prestación:**_____Prestador: _____

Desde:_____Hasta: _____

Firma y Aclaración: _____

Si el fimante 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 autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____

Documento:_____