CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mes _____ Año _____

Conformidad prestacional año 2026

Fecha: _____/_____/_____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Yo _____ con documento tipo ( ) _____

N° _____ doy conformidad respecto de 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: _____
   Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____
2. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____
3. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____
4. Prestación: _____
   Prestador: _____
   Periodo de la prestación desde: _____ hasta: _____

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 con el beneficiario: