<u>CONFORMIDAD PRESTACIONAL</u> CENTROS DE REHABILITACION/ ESTIMULACION TEMPRANA

Fecha: ……..…../……..…./……..

Apellido y nombre del beneficiario: ……

Número de afiliado: ……

Yo……con DNI ……, expreso mi

conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me hay explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

NOMBRE DEL MÓDULO:……..

1-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

2-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

3-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

4-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

Período 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: ……..