OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 1.2 - CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

Fecha: …../……/…….

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

Yo, ..., con Documento Tipo: .....

Nº: ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejó constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Prestación 1: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Prestación 2: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Prestación 3: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Prestación 4: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Firma:..... Aclaración:.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR (Madre / Padre / Tutor)

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en mi carácter de familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Nombre y Apellido:.....

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……..