# CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:_____/ _____/ _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Yo _____ con documento tipo _____ N.° _____ , 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: _____
CUIT: _____ Período: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____
Prestador: _____
CUIT: _____ Período: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____
Prestador: _____
CUIT: _____ Período: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____
Prestador: _____
CUIT: _____ Período: 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 detallada/s precedentemente.

_____ _____ _____

Firma Aclaración N.° de documento