

**ANEXO I - 2**

**CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021**

**Fecha:** ...../...../.....

**Apellido y nombre del beneficiario:**

**Número de Afiliado:**

Yo .....con Documento Tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual)\_\_\_\_\_

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual)\_\_\_\_\_

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual)\_\_\_\_\_

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma: .....

Aclaración: .....

Domicilio: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Parentesco: .....

Domicilio: .....

IF-2020-67649363-APN-SSS#MS