

ANEXO II - 2

CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....)
Nº, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es 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 en relación a 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)_____

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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: