

# Conformidad Prestacional 2024

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ N° de afiliado: \_\_\_\_\_

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 los términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

**1) Prestación:** \_\_\_\_\_ **Prestador:** \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**2) Prestación:** \_\_\_\_\_ **Prestador:** \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**3) Prestación:** \_\_\_\_\_ **Prestador:** \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**4) Prestación:** \_\_\_\_\_ **Prestador:** \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Firma y 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 autorizo el diagrama de traslados.

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_