

Conformidad Prestacional 2026

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: _____

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: _____