

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ____/____/20____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado (En OSTEP es el CUIL): _____

Email: _____, Teléfono: _____

Domicilio: _____ Localidad _____ CP _____

Yo _____ con Documento Tipo

(_____) Nº _____, doy mi conformidad respecto a la/sprestación/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: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

5. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma: _____

Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 detalladas precedentemente.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____