

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 (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

**2. Prestación:** \_\_\_\_\_

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

Período de la prestación, desde (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

**3. Prestación:** \_\_\_\_\_

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

Período de la prestación, desde (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

**4. Prestación:** \_\_\_\_\_

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

Período de la prestación, desde (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

**5. Prestación:** \_\_\_\_\_

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

Período de la prestación, desde (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

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

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 doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_