

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número 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 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 \_\_\_\_\_

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: .....

Documento: .....