

**CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL.**

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

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado/ D.N.I.: .....

Yo.....

con DNI ..... 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**

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento de Identidad: .....