

**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. Prestacion:** .....

Prestador: .....

Periodo de la prestacion: Desde ..... (mm/aa) Hasta .....

**2. Prestacion:** .....

Prestador: .....

Periodo de la prestacion: Desde ..... (mm/aa) Hasta .....

**3. Prestacion:** .....

Prestador: .....

Periodo de la prestacion: Desde ..... (mm/aa) Hasta .....

**4. Prestacion:** .....

Prestador: .....

Periodo de la prestacion: Desde ..... (mm/aa) 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: .....