

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2022

- Afiliados -

## CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

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

Apellido y nombre del beneficiario: .....

Número de Afiliado: .....

Yo ..... con Documento Tipo (.....)

Nº ....., 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 \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. 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: .....