

**Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES**

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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.

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador/a: \_\_\_\_\_

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

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador/a: \_\_\_\_\_

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

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador/a: \_\_\_\_\_

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

Prestación/a: \_\_\_\_\_

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: .....