

2026

Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido N° Afiliado

Yo con Documento Tipo N°

doy mi conformidad respecto a la continuidad de 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 para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Datos de la Prestación

Prestación

Prestador

Período de la Prestación Desde Hasta Año

Firma:

Aclaración

Domicilio

Si el firmante no es la persona con Discapacidad

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

Tipo y N° de Documento