

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PRESTACIONES EDUCATIVAS 1

Fecha: ____ / ____ / ____

CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo _____ con Documento Tipo (_____)

N° _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es por el período del

aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio, del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles en relación a la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Firma: _____

Aclaración: _____

Domicilio: _____

EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

Parentesco: _____

Domicilio: _____