

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha: / /

Apellido y Nombre del Afiliado:

Afiliado N°:

El que suscribe DNI/LE/LC N°
, doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, 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 para la continuidad de 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)

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

FIRMA _____

ACLARACIÓN _____

DOMICILIO

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 _____ D.N.I.:

ACLARACIÓN _____ PARENTESCO:

DOMICILIO