



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE
CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE - (LEY 12818)

SEDE

25 de Mayo 1867 - P.B. - Santa Fe
Tel./Fax:(0342) 4593365 (siete líneas rotativas)
E-mail: artedecurar@cpec.org.ar

DELEGACION

Jujuy 2154 - 2000 ROSARIO
Tel./Fax:(0341) 4251158 (cinco líneas rotativas)
E-mail: artedecurarros@cpec.org.ar

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del afiliado:

Número de Afiliado:

El que suscribeDNI/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: _____

Tipo de prestación: _____

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:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio: