

Formulario 003 - Programa de Discapacidad Conformidad Prestación

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

 /

Fecha

Conformidad Prestación para el Año _____

Beneficiario

Apellido y Nombres

Número de DNI

Yo, _____, con Documento Tipo (_____) Nro.: _____

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.

1. Prestación

Período de la Prestación:	Desde el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>	Hasta el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>
---------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------

2. Prestación

Período de la Prestación:	Desde el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>	Hasta el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>
---------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------

3. Prestación

Período de la Prestación:	Desde el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>	Hasta el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>
---------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------

4. Prestación

Período de la Prestación:	Desde el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>	Hasta el día:	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>
---------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------

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.

Familiar / Responsable / Tutor

Firma

Aclaración

Número de DNI