

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 03/11/2025

Apellido y nombre del beneficiario: D' Emilio, YASHIN PRISCICA

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°, 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:** CENTRO DE DIA, CATEGORIA A, JORNADA DOBLE

Prestador: ASOCIACION DISCAPACITADOS SAN JOSE

Período de la prestación: desde ENERO hasta DICIEMBRE DE 2026

2. **Prestación:** TRANSPORTE MC.

Prestador: _____

Período de la prestación: desde ENERO hasta DICIEMBRE DE 2026

3. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma: Nicolas Sebastian D'Emilio

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.

Firma: Nicolas Sebastian D'Emilio

Aclaración: 29628954

Documento: 29628954