

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: 27/11/25...

Apellido y nombre del beneficiario: PEREYRA, VICTORIA

Número de Afiliado: 49.448.52

Yo, PEREYRA, DIEGO VICTOR .....con

Documento Tipo (DM) N° 24971987....., 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: Modulo maestro de Apoyo

Prestador: Silvestri, Carla

Período de la prestación: desde MARZO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

2. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de PEREYRA, VICTORIA.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: [Firma].....

Aclaración: PEREYRA, DIEGO

Documento: DM: 24 971987

**CARLA SILVESTRI**  
Lic. en Psicopedagogía  
Mat. N° 809 - L° 1 - F° 23