

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 19.12.2025

Apellido y nombre del beneficiario: AGUILAR, MARTINA

Número de Afiliado:

Yo Gisela Ceballos con

Documento Tipo (DNI...) N° 32.370.538, 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: PRESTACIÓN DE APOYO - SESIONES DE PSICOLOGÍA

Prestador: ALTAMIRANO, MARINA GUADALUPE

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

2. Prestación: TERAPIA OCUPACIONAL

Prestador: CEROTTI LORENA

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

3. Prestación: LINGÜÍSTICA

Prestador: MARTINEZ JORGELINA

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

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 AGUILAR, MARTINA

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

Firma: Gisela Ceballos

Aclaración: Gisela Ceballos

Documento: 32.370.538