

**Anexo I**

**Conformidad Prórroga de Prestación - Período ASPO/DISPO 2021**

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión ..... Fecha

**Datos del Beneficiario**

Nombre y Apellido ..... N° Afiliado

Yo ..... con Documento Tipo .....

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: ..... Prestación: .....
- Modalidad: Presencial  Virtual
- Tipo de prestación: ..... Prestación: .....
- Modalidad: Presencial  Virtual
- Tipo de prestación: ..... Prestación: .....
- Modalidad: Presencial  Virtual

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma del Beneficiario  Aclaración del firmante .....

Domicilio .....

**Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:**

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 del Responsable  Aclaración del firmante .....

Parentesco .....

N° DNI del firmante

Domicilio .....