

## Anexo II Conformidad Modificación/ Nueva 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/s prestación/es 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 en relación a 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

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 .....