

ANEXO II - CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Número de afiliado/a: _____ Tel. de contacto: _____

Mail (beneficiario/familiar/responsable): _____

Mail del delegado sindical (opcional): _____

Yo: _____

con Documento Tipo (_____) Nº _____ 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.

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Mail prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Mail prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Mail prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Mail prestador/a: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

Día y horario: _____ Tel. del prestador/a: _____

- Si usted es la persona con CUD que recibe la prestación:

Firma: _____ Aclaración: _____

Documento: _____

-Si usted es familiar, responsable y/o tutor/a:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____

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

Firma: _____ Aclaración: _____

Documento: _____