

ANEXO B 1
CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN -
PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

Yocon 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: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Firma:

Aclaración:

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:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio: