

ANEXO A 1

CONFORMIDAD PRÓRROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado del beneficiario:

Yocon 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: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

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

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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: