

CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2026

Fecha:.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:.....

Correo electrónico.....

Teléfono

Yo..... con Documento Tipo (.....) N.º, 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.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:

Aclaración:

Documento:

PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2026

Fecha de emisión:...../...../.....

Razón social del prestadores:.....

CUIT

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto

Teléfono

Beneficiario

DNI

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar Categoría

Periodo desde:..... Hasta.....

Almuerzo: SI - NO

Monto mensual

En caso de corresponder:

Dependencia SI - NO

Matricula anual:.....

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por sesión:.....

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y Aclaración del Prestador:.....