



CONFORMIDAD DE PRESTACION AÑO 2022

Fecha: ___/___/___

Apellido y nombre del beneficiario:

Numero de Afiliado:

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.

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 _____

O.S.P.I.A.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA AZUCARERA

Congreso 342/8 CP 4000 San Miguel de Tucumán – Telefax (0381) 4221478

5. Prestación

Prestador: _____

Período de la prestación: Desde _____ Hasta _____

Firma: _____

Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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: _____