



**OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE
TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 Capital Federal

RESOL 1293/20 – PRORROGA PRESTACIONES DISCAPACIDAD

ANEXO I – 2 CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

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

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) Nº,
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 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: