



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

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

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

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

Apellido y nombre del beneficiario:.....

D.N.I del 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:

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: tipo (.....) Nº