

**Anexo 1 – TRANSPORTE**

**CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024**

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

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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

Prestación:Transporte\_\_\_\_\_

Prestador:Emergencias\_\_\_\_\_

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: .....