



**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: .....