



OBRA SOCIAL
DEL PAPEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Lugar: Fecha: / /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

Mail: Celular/Teléfono:

Yo con Documento
) , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a
continuación se detallan y dejo constancia de que me han explicado con terminos claros y adecuados,
comprendiendo mis alternativas disponibles.

1. Prestacion

Prestador

Periodo Desde: Hasta: Año:

2. Prestacion

Prestador

Periodo Desde: Hasta: Año:

3. Prestacion

Prestador

Periodo Desde: Hasta: Año:

4. Prestacion

Prestador

Periodo Desde: Hasta: Año:

Firma y aclaración

(Si el firmante no es la persona con discapacidad)

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

con DNI

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas
precedentemente.

Aclaración:

DNI:

Firma