

ANEXO 1

Fecha

**Sres. Gerencia de Atención Personalizada
Sector de Necesidades Especiales
Presente**

Referencia: Consentimiento de Prestaciones de Discapacidad

Por la presente doy consentimiento al plan de tratamiento que se brinda a mi

.....bajo la modalidad.....

(nombre y apellido del afiliado para el que se solicita la prestación) (Kinesiología, psicología, transporte, CET, Etc)

Asimismo acepto la gestión a realizar por la obra social ante la Superintendencia de Servicios de Salud según Resolución 1511/2012 SSSalud, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese tramite.

Firma del afiliado titular:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

Nº de afiliado:.....

CUIL :.....

Teléfono:.....

Dirección de correo electrónico.....

Firma del Prestador:.....

Aclaración:.....

DNI:.....