



Fecha: _____

CONFORMIDAD DE LA PRESTACION

Sres.OSRJA

Por medio de la presente, en mi carácter de MADRE- PADRE - TUTOR-TITULAR, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de Prestaciones (*indicar el tipo de prestación*) de:

Nombre y Apellido del Beneficiario: _____

N.º de Afiliado: _____ D.N.I: _____ Edad: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Firma de Madre/Padre o Tutor

Aclaración

D.N.I