

CONSENTIMIENTO DE \_\_\_\_\_ 2026

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DONDE SE OFRECE LA PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN CON DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_ CAT.: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: \_\_\_\_\_

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN:

HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
de					
a					

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Autoridad

**Consentimiento:** Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestación descripta anteriormente al:

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario / Representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

Fecha: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 / 1090