

.....

Firma del responsable de la institución

.....

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario:

DNI: N° beneficiario:

.....

Firma del beneficiario o representante

Aclaración:

DNI firmante:

Lugar y fecha de consentimiento: