

.....  
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: .....

..... Aclaración: .....  
Firma del beneficiario o representante DNI firmante: .....

Lugar y fecha de consentimiento: .....