

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

**Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_**

**Manifiesto ser el familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**ACLARACIÓN:** \_\_\_\_\_

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