

ANEXO II

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros
y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

Consentimiento

(Datos a completar por el Padre, Madre o Tutor y el Prestador/Transportista)

..... de.....de 201....

Sr. Presidente de OSUTHGRA

S / **D**

De mi mayor consideración

Sirva la presente para dar conformidad al plan de tratamiento.....que se brinda
(Anual, semestral, mensual)

a mi....., bajo la modalidad
(Parentesco, nombre y apellido) (Kinesiología, fonoaudiología, Transporte, C.E.T., etc)

Asimismo acepto la gestión a realizar por la Obra Social ante la Superintendencia de Servicios de Salud según Resolución 1511/2012 SSSalud Anexo I – VII y sus modificatorias, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para dicho trámite.

Firma del padre, madre o tutor:.....

Aclaración:.....

D.N.I.:

Firma del Prestador/ Transportista:.....

Aclaración:.....

D.N.I.:.....

* Es **obligación** completar todos los campos.