ossacra amasalud

R.N.O.S. 001508

OBRA SOCIAL DE LA ASOCIACION CIVIL PRO SINDICATO DE AMAS DE CASA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

CONFORMIDAD PRESTACIONAL (FORMULARIO 5)

Yo SILVIO DARIO Gimenez **con DNI** 25256187, **doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.**

1 – PRESTACIÓN: MODULO MAESTRO DE APOYO (MENSUAL).
PRESTADOR: BUFFET SANCHEZ DANIELA MARIANA (27376832282).
PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE 02/2026 **HASTA** 12/2026.

2 – PRESTACIÓN: _____
PRESTADOR: _____
PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE _____ **HASTA** _____

3 – PRESTACIÓN: _____
PRESTADOR: _____
PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE _____ **HASTA** _____

4 – PRESTACIÓN: _____
PRESTADOR: _____
PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE _____ **HASTA** _____

5 – PRESTACIÓN: _____
PRESTADOR: _____
PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE _____ **HASTA** _____

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: Gimenez silvio DARIO
25256187