

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

Por la presente, y en mi carácter de persona afiliada al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), manifiesto mi consentimiento voluntario, libre y expreso para concurrir a un dispositivo del Programa de Atención Integral en Centros de Día para Personas Mayores.

Asimismo, manifiesto que personal del INSSJP me ha brindado información suficiente en lenguaje claro y sencillo sobre los términos y las condiciones de la prestación referida, la cual decido aceptar plena y libremente, comprendiendo la información adecuadamente y las implicancias de la misma.

Lugar:

Fecha: / /

Nombre/s y Apellido/s:

DNI: **N.º de Afiliación:**

Fecha de nacimiento: / /

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Mail:

Firma persona afiliada: **Aclaración:**

***Firma:** ***Aclaración:**

*Solo en el caso de que la persona afiliada requiera acompañamiento, se deberá consignar la firma del familiar o apoderado/a.