



## CONSENTIMIENTO INFORMADO/NOTA DE CONFORMIDAD

Quién suscribe \_\_\_\_\_  
con CUIL \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con domicilio en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_, presto mi conformidad a la realización del tratamiento y/o prestación de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicado por el médico tratante que se efectúa a través de la Obra Social durante el año en curso, para mí hijo/a \_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

.....  
Firma del titular y/o tutor, aclaración, DNI N°

.....  
Firma y sello de médico tratante