



**¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?**

SÍ

NO MOTIVO: \_\_\_\_\_

**EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA:**

**¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?**

NO

SI

**¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?**

SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS  MATERIAL DIDÁCTICO  OTROS \_\_\_\_\_

NO

**CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA**

**SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA**

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR**

**ACLARACION:**

**DNI:**

**SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA**

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada.

La misma se incorporará al legajo del beneficiario

**FIRMA DEL PRESTADOR:**

**ACLARACION:**

**DNI:**

IF-2020-25794811-APN-GCP#SSS

