

## Conformidad de tratamiento individual

Quien suscribe \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_, presto mi conformidad del tratamiento y/o práctica:

A favor del socio con discapacidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

por el periodo: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

Esta constancia se enmarca en los considerando de las resoluciones para recupero S.U.R. vigentes a la emisión del año del presente formulario, normativas a través de las cuales se financiará parte del tratamiento, en caso de pertenecer a una obra social que a su vez contrató a OMINT.

Dado en la ciudad de \_\_\_\_\_

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

Los abajo firmantes reconocen haber leído las normas de procedimientos para la gestión de expedientes y las normas de facturación para prestaciones de discapacidad.

Firma del Titular .....	Aclaración	Firma del beneficiario (o padres si es menor de edad) .....	Aclaración
Firma y sello del PRESTADOR 1 .....	Aclaración	Firma y Sello del PRESTADOR 2 .....	Aclaración
Firma y sello del PRESTADOR 3 .....	Aclaración	Firma y sello del PRESTADOR 4 .....	Aclaración
Firma y sello del PRESTADOR 5 .....	Aclaración	Firma y sello del PRESTADOR 6 .....	Aclaración

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

