

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 01 de MARZO de 2026.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que brinda/n a

mi hijo GIOVANNI SAGER DNI 58325 194

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

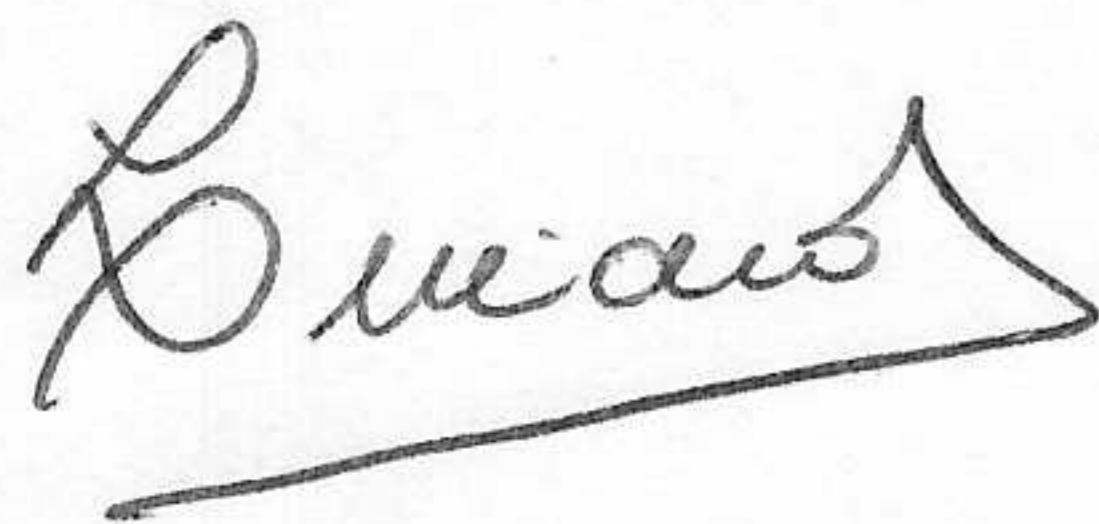
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
RIVEROS MARTOS LUCIANA RIVEROS	PSICOPEDAGOGIA	8	ABRIL - DICIEMBRE 2026

de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. PSICOPEDAGOGIA	11 A 12 HS		11 A 12 HS			
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:

(Firma- Aclaración – Sello)



LUCIANA RIVEROS
Lic. en Psicopedagogía
Mat. 1209 - L° 1 - F° 34

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:



Aclaración: Bruno Sager

DNI: 43578700

Vínculo: PADRE