

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 12 de NOVIEMBRE de 2.026.-

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

mi Hijo EDUARDO AGUSTÍN EBERHART - DNI: 46371908
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

ASOCIACIÓN CIVIL CONOCIÉNDONOS
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle 110 de Mayo 1380 - PILAR - SANTA FE
(Domicilio - localidad - provincia)

la modalidad CET - JORNADA SIMPLE DE 8 a 12 hs DE LUNES a VIERNES.
(Prestación, tipo de jornada y Categoría - indicar la dependencia en caso de corresponder)

Nombre y Apellido de los Profesionales	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta

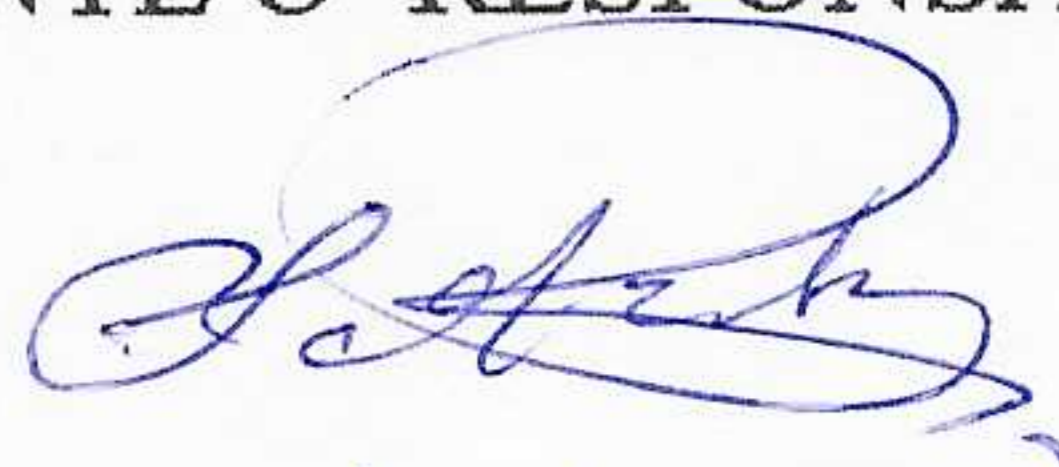
de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)


VERÓNICA CHAUTEMPS
PSICOPEDAGOGA
MAT Nº 331 - I 01 Fº 10
DIRECTORA

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: EDUARDO CHAUTEMPS
DNI: 2.840308
Vínculo: MAORÉ