

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

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

mi..... Hija Luguez Camila - DNI. 49.578.344
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

..... Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados
(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle Av. Jorge Newbery 782 - Galvez - Santa Fe
(Domicilio - localidad - provincia)

la modalidad..... Centro de Día Jornada Doble / Dependencia - Cat. A
(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.	8-15HS	8-15HS	8-15HS	8-15HS	8-15HS	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Mariel Marchesi
FONÓLOGA
MATR. Nº 31 L. I. F. I.
DIRECTORA

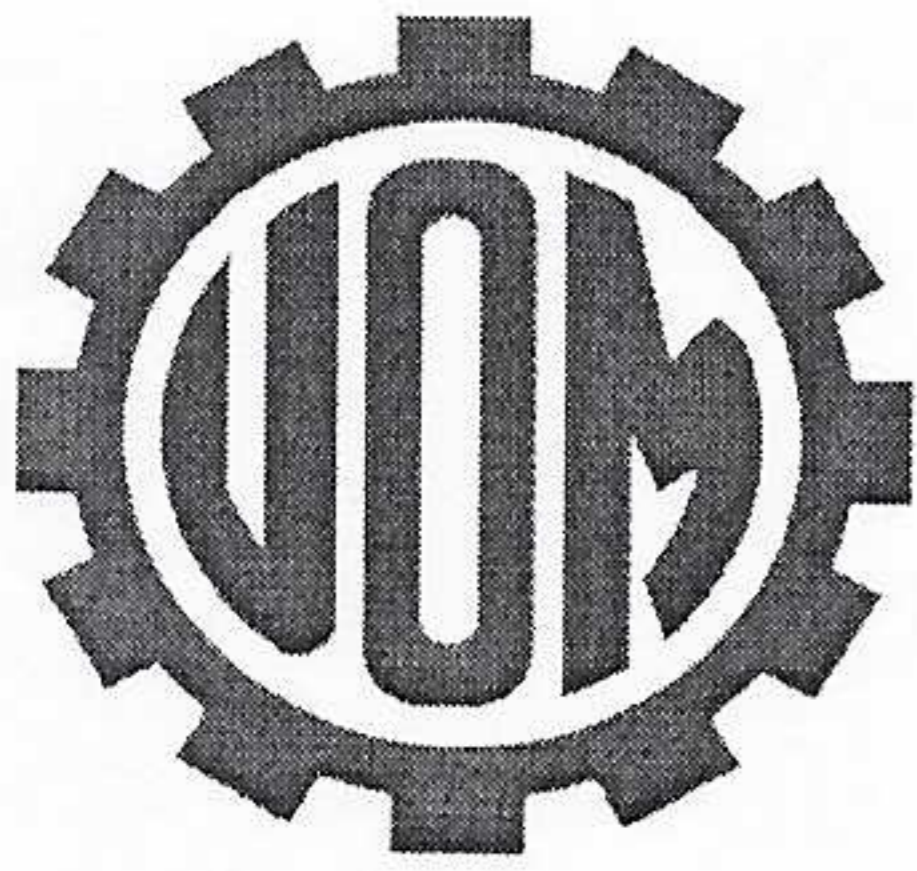
PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*
Aclaración: LUGUEZ JUAN MARCELO

DNI: 29.359.387

Vínculo: PADRE

Asociación Amigos del Taller
Para Discapacitados
JORGE NEWBERY 782 - 774
GALVEZ



CONSENTIMIENTO

TRANSPORTE

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al traslado que

TORRES VALERIO MIGUEL

(Razón social o nombre del prestador)

brinda a mi Hija LUPUEZ CAMILA - DNI: 40.578.344

(Parentesco)

(Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

por el periodo Enero 2026 a Diciembre 2026

(Desde mes/año - hasta mes/año)

Desde Blvd. Pasteur 171 - Galvez

(Dirección origen)

Hasta Av. J. Newbery 702 - Galvez

(Dirección destino)

Cantidad de Km diarios 12 KM mensuales 264 KM

Dependencia:

SI

NO

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	α	L	α	α	α	

Asimismo acepto la gestión a realizar por la OSUOMRA ante la Superintendencia de Servicios de Salud o ante el organismo que en un futuro lo reemplace, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
Firma:	Firma:
Aclaración: TORRES VALERIO MIGUEL	Aclaración: LUQUE JUAN MARCELO
Sello:	DNI: 29.339.384
	Vínculo: PADRE

VALERIO MIGUEL TORRES
TRANSPORTE PRIVADO
D.N.I. 12.417.490
GALVEZ