

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 05 de Enero de 2026.-

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

mi Hijo ALBRECHT ANADEO - 55358022
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

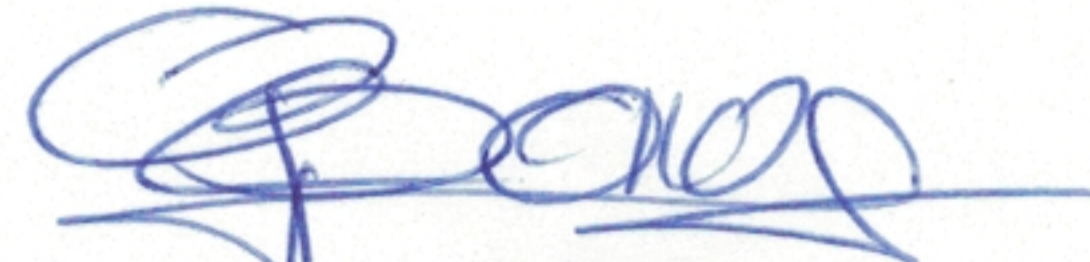
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Bosio, Florencia	Maestra de APOYO	24 HS. M	MARZO - DICIEMBRE 2026
MIRIANI, PAULA	PSICOLOGA	2 SEMANALES / 8 M.	FEBRERO - DICIEMBRE 2026.
ROVA CAMILA	FONOAUDILOGÍA	2 SEMANALES / 8 M.	FEBRERO - DICIEMBRE 2026.
BOUVIER NAIR	TERAPIA OCUPACIONAL	2 SEMANALES / 8 M.	FEBRERO - 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.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)



 PAULA MIRIANI
 PSICOLOGA MAT. 7394
 COORDINADORA DE SENDAS
 ESPACIO PSICOTERAPEUTICO


 FLORENCIA BOSIO
 LIC. PSICOPEDAGOGIA MAT 858
 COORDINADORA DE SENDAS
 ESPACIO PSICOTERAPEUTICO


 CAMILA ROVA
 LIC. EN FONOAUDILOGIA
 MAT. 449/1°


 NAIR AILEN BOUVIER
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
 MP S0942

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
 Aclaración: ALBRECHT HERMAN
 DNI: 30.266.664
 Vínculo: PADRE