

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

mi HIDA PROTTI PAULINA BELEN SS.652.582
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)


Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Ayleu Grass	Psicopedagogía	8 (ocho)	febrero - diciembre 2026
MARÍA IRENE BORGOGNO	FONOAUDIOLÓGIA	8 (OCHO)	FEBREPO - DICIEMBRE 2026

de acuerdo al siguiente cronograma:

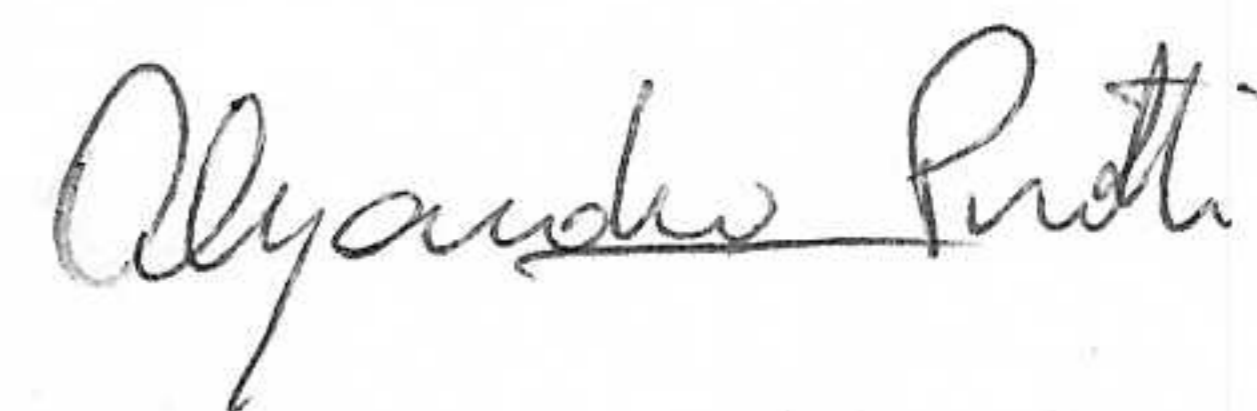
DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicopedagogía		18:00-19:00		18:00-19:00		
Esp. FONOAUDIOLÓGIA		16:00-17:00	16:00-17:00			
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


Ayleu V. Grass
Lic. y Prof en Psicopedagogía
Mat. 1066


Ma. Irene Bergogno
Lic. en Fonoaudiología
Mat. 407/1º F. 12 L. 1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: PROTTI ALEJANDRO
DNI: 27.196.772
Vínculo: PADRE