

CONSENTIMIENTO

TRANSPORTE

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

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

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

brinda a mi..... Hija ..... López Luisina. DNI 46.134.379 .....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

por el periodo..... Enero 2026 a Diciembre 2026 .....  
(Desde mes/año - hasta mes/año)

Desde..... Blvd. Pasteur 171. Gálvez .....  
(Dirección origen)

Hasta..... Av. y Newbery 782 - Gálvez .....  
(Dirección destino)

Cantidad de Km diarios..... 12km ..... mensuales..... 264 km .....

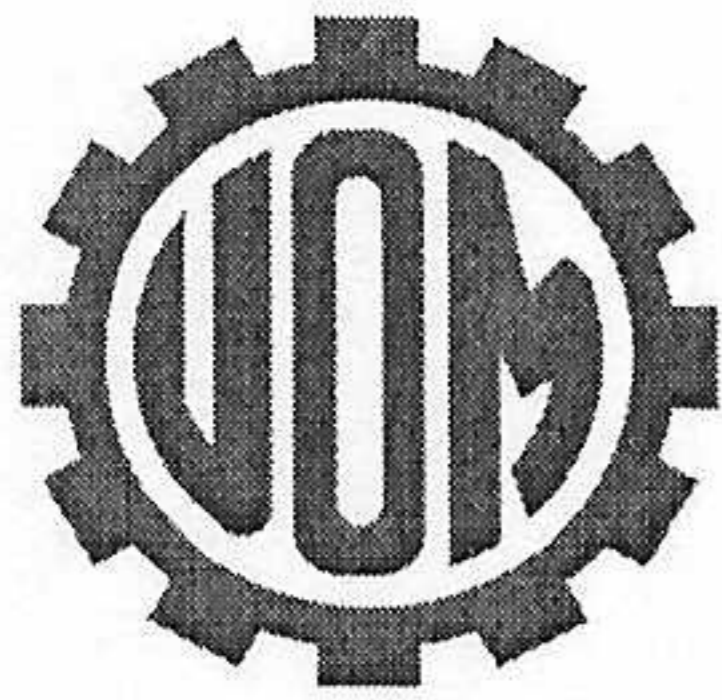
Dependencia: ~~SI~~  NO

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

DIAS	Lunes	Marte	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	x	x	x	x	x	/

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:	Aclaración: <u>LÓPEZ SAN MARCO</u>
Sello: <b>Graciela Hämmerly</b> <b>Presidente</b> <b>Asociación Amigos Del Taller</b> <b>Para Discapacitados</b> GÁLVEZ JORGE NEWBERY 782 - 774 Para Discapacitados Asociación Amigos del Taller	DNI: <u>27.337.337</u> Vínculo: <u>PADRE</u>



**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

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

mi..... Hija Luquez Lucrecia - DNI 46.134.379.....  
(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 Educativo Terapéutico s/ Depend. Categ. 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.	15-19HS	15-19HS	15-19HS	15-19HS	15-19HS	)
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

  
**ADRIANA GARNERO**  
**PROFESORA ENS. ESPECIAL**  
**DIRECTORA**  
**CENTRO EDUC. TERAP.**  
 Asociación Amigos del Taller  
 Para Discapacitados  
 JORGE NEWBERY 782 - 774  
 GALVEZ

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
 Aclaración: LUQUEZ JUANA VARELA  
 DNI: 29.337.388  
 Vínculo: padre