



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 27 de Noviembre de 2026.

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

mi hijo Bressan Szluzdor DNI-70048422
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

SIRET SAS

(Razón social o nombre del prestador)

sito en calle Olesio 1487 Reconquista - Santa Fe
(Domicilio - localidad - provincia)

la modalidad Estimulación temprana
(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
Cruzolotti Nazli	Fonoaudiología	2 semanales	Enero - Diciembre 26
Funes Melisa	Terapia Ocupacional	2 semanales	Enero - Diciembre 26
Mendez Lucía	Psicopedagogía	2 semanales	Enero - Diciembre 26
Rossetti Mayra	Kinesioterapia	3 semanales	Enero - Diciembre 26

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. Fonoaudiol.		17:15-18		17:15-18		
Esp. Terapia Ocup.	17:15-18		17:15-18			
Esp. Psicoped.		18-18:45		18-18:45		
Esp. Kinesiológ.	18-18:45		18-18:45	18:45-19:30		
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)



PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: [Signature]
Aclaración: Bressán Renato Leandro
DNI: 37.331.088
Vínculo: Padre