



CONSENTIMIENTO

TRANSPORTE

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

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

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

brinda a mi..... Hija Zeballos Laura Soledad- DNI. 37.569.878
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

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

Desde..... Uspuiza 260 Pns- Galvez
(Dirección origen)

Hasta..... Av. Jorge Newbery 782- Galvez
(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
	α	α	α	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: Aclaración: <u>Hämmerly Graciela</u> Sello: Graciela Hämmerly Presidente Asociación Amigos Del Taller Para Discapacitados	Firma: <u>Elisabet González</u> Aclaración: <u>Elisabet González</u> DNI: <u>20194175</u> Vínculo: <u>MADRE</u>

Handwritten notes: 2025/12/10



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de Diciembre de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que

..... 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)

brinda a mi Hija Zeballos Laura Soledad - DNI: 37.569.878
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

por el periodo Enero 2026 a Diciembre 2026, bajo
(Desde - hasta)

la modalidad Centro Educativo Terapéutico jornada Siempre s/Dep. Cat. A
(Prestación, tipo de jornada y Categoría - indicar la dependencia en caso de corresponder)

de acuerdo al siguiente cronograma.

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: <u>15</u> A: <u>19HS</u>	De: <u>15</u> A: <u>19HS</u>	De: <u>15</u> A: <u>19HS</u>	De: <u>15</u> A: <u>19HS</u>	De: <u>15</u> A: <u>19HS</u>	De: A:

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: Aclaración: Sello: ADRIANA BARNERO PROFESORA ENS. ESPECIAL DIRECTORA CENTRO EDUC. TERAP. Asociación Amigos del Taller Para Discapacitados JORGE NEWBERY 782 - 774 GALVEZ	Firma: <u>Marcelo Genébat</u> Aclaración: <u>Marcelo Genébat.</u> DNI: <u>20194175.</u> Vínculo: <u>MADRE</u>