



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 26 de Diciembre de 2026

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

mi Hija Paulina Roxa 50312105
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Marcela Vecchiatti	Psicopedagoga	8 mensuales	Marzo 2026 o 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. Psicopedagoga			13 a 14hs	13 a 14hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

MARCELA VECCHIETTI
PSICOPEDAGOGA
MAT. 591 L° 1 F° 17

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: Paulina Roxa
Aclaración: Paulina Roxa
DNI: 31066189

* Digo Marzo 2026 a Diciembre 2026

MARCELA VECCHIETTI
PSICOPEDAGOGA
MAT. 591 L° 1 F° 17