

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 5 de diciembre de 2025.

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

mi Hijo, donato Diaz 54617287
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
AGUSTINA VIOLA	Maestra de Apoyo	6 sem x 24 x mes	marzo - diciembre 2026
MILENA AMWEG	PSICOLOGIA	218	Febrero - diciembre 2026.
LARISA LECHMAN	PSICOPEDAGOGIA	218	Febrero - 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. Maestra de Apoyo		17 ³⁰ - 19 ³⁰		17 ³⁰ - 19 ³⁰	14 - 16	
Esp. Psicologa	14/15		14/15			
Esp. Psicopedagogia		16 ^A 17		16 ^A 17		
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Atado
AGUSTINA VIOLA
Lic. en educación especial

Lic. Milena Amweg
Psicóloga
A.N. 2383

Lic. LARISA LECHMAN
Psicopedagoga
M.N. 1210 L⁹ F34

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:
Aclaración: Donato Carlos Diaz
DNI: 29714469
Vínculo: Padre