

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 11 de Diciembre de 2026.

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


mi HIJA VICTORIA PEREYRA DNI: 49488512.  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)


Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Florencia Lorenzini	Psicología	8 (ocho)	febrero a diciembre 26
de felix Rocio	Psicopedagogía	8 (ocho)	febrero a diciembre 26
Adriana sala.	Terapia ocupacional	8 (ocho)	febrero a diciembre 26
Carla	MAESTRA de Apoyo.	25 hs.	Marzo a diciembre.

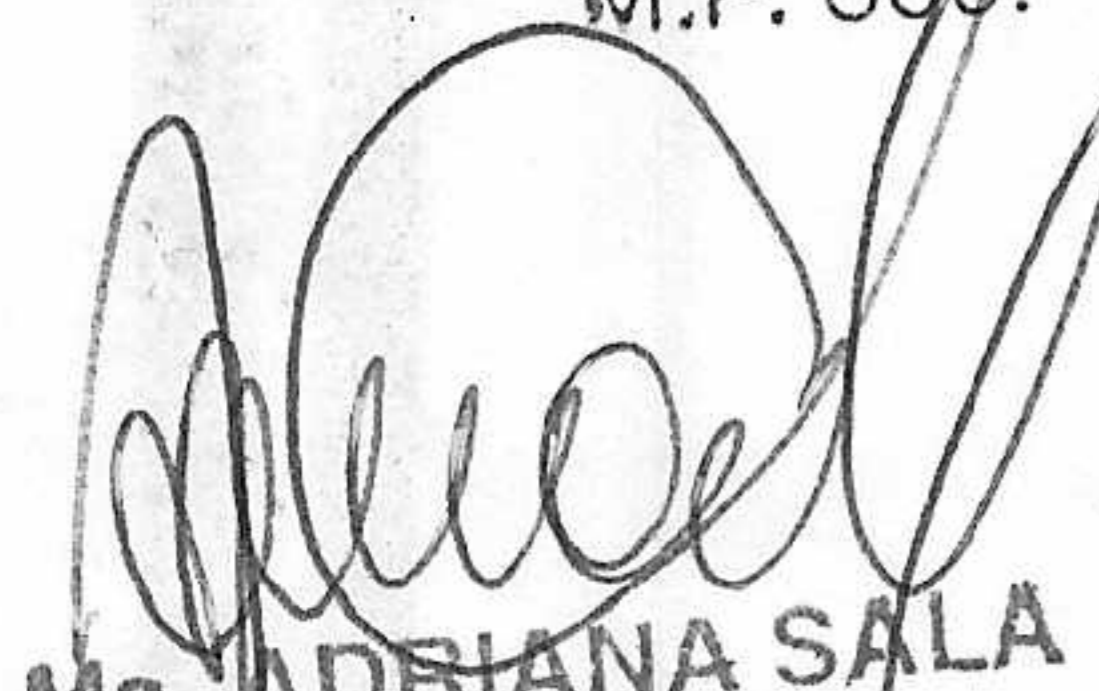
de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicología		11:00 12:00		11:00 a 12:00		
Esp. Psicopedagogía		09:00 a 10:00		09:00 10:00		
Esp. TERAPIA OCUPACIONAL			09:00 a 10:00		09:00 10:00	
Esp. MAESTRA APOYO		13:00 a 15:00	13:00 a 15:00	13:00 a 15:00		
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

  
**ROCIO DE FELIX**  
 Lic en Psicopedagogía  
 M.P. 860.

  
**Ma. FLORENCIA LORENZINI**  
 PSICOLOGA  
 Mat. 7815

  
**Ma. ADRIANA SALA**  
 Terapeuta Ocupacional  
 M.P. 50133

  
**CARLA SILVESTRI**  
 Lic. en Psicopedagogía  
 Mat. N° 809 - L° 1 - F° 23

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:



Aclaración:

Diego Vidal Pereyra

DNI:

24971987

Vínculo:

Padre