

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

mi Hija ..... LUCINA BELEN GALARZA .....  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

| Nombre y Apellido del Prestador | Especialidad   | Cantidad de Sesiones | Periodo Desde - hasta    |
|---------------------------------|----------------|----------------------|--------------------------|
| FLORENCIA STECHINA              | PSICOLOGIA     | 4                    | FEBRERO - DICIEMBRE 2026 |
| DE FELIX ROCIO                  | PSICOPEDAGOGIA | 8                    | FEBRERO - DICIEMBRE 2026 |
| PONCE GISELA                    | DOC ESPECIAL   | 25 HOROS             | MARZO - 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. PSICOLOGIA       |             |              | 8 a 9 HS        |              |               |              |
| Esp. PSICOPEDAGOGIA   |             | 19 a 20      |                 | 19 a 20      |               |              |
| Esp. MAESTRA DE APOYO |             | 13 a 15      | 15 a 18         | 13 a 15      |               |              |
| Esp.                  |             |              |                 |              |               |              |
| Esp.                  |             |              |                 |              |               |              |
| Esp.                  |             |              |                 |              |               |              |

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

*[Firma]*  
**ROCIO DE FELIX**  
 Lic en Psicopedagogía  
 M.P. 859.

*[Firma]*  
**STECHINA FLORENCIA**  
 Lic en Psicología  
 M.P. N° 1547

*[Firma]*  
**GISELA PONCE**  
 Prof. de Educación Especial  
 P/Discapacitados Intelectuales  
 Reg. N° 2001 - 11455

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*  
 Aclaración: DANIEL GALARZA  
 DNI: 22.790.664  
 Vínculo: PADRE