



**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 HUJO ..... Kevin Cordoba 50790253 .....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Marcela Veschetti	Psicopedagoga	8 mensuales	Marzo 2026 a 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. Psicopedagogia			10:00-11:15	10:00-11:15		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
Aclaración: Kevin Cordoba  
DNI: 27637840

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