

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 27 de NOVIEMBRE de 2025.-

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

mi HIA VIRGINIA PILATI DNE 46576355  
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

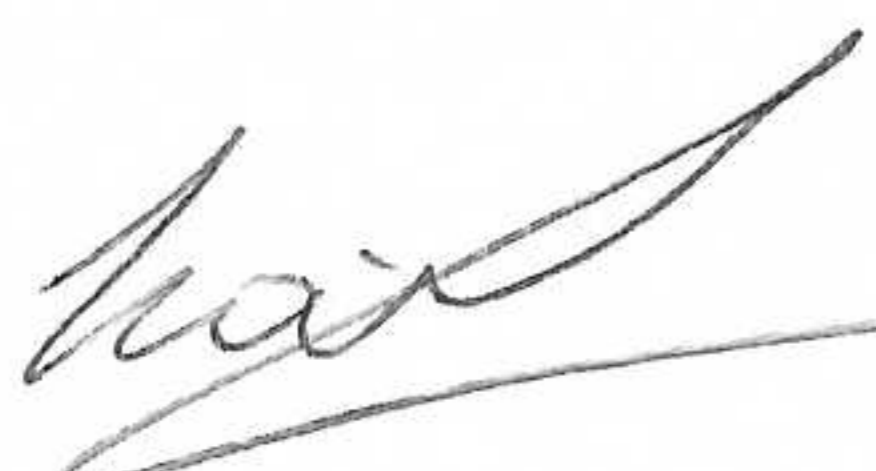
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
LARISA LECHMAN	PSICOPEDAGOGIA	10 MENSUALES	FEBRERO A DICIEMBRE
MILENA D. AMWEG	PSICOLOGIA	10 MENSUALES	FEBRERO A DICIEMBRE

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. PSICOPEDAGOGIA	16/17		16/17			
Esp. PSICOLOGIA		17/18		17/18		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)


  
Lic. Milena Amweg  
Psicóloga  
M.N. 2383

  
Larisa Lechman

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

MILENA AMWEG

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
Aclaración: PILATI MARTIN A.  
DNI: 25276585  
Vínculo: PADRE