

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 1 de diciembre de 2025.-

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


mi..... hija - Gilda Gonzalez - DNI 50756749.....
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Aldana Scarpin	Psicopedagogia	12	Febrero 2026 - Diciembre 2026
Lucila Figoli	Psicología	4	Febrero - 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		8hs a 8:45hs	8hs a 8:45hs	8hs a 8:45hs		
Esp. Psicología				12:00 a 13hs		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)


LUCILA INES FIGOLI
Lic. en Psicología
Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9


Aldana Scarpin
DNI 43008942
Aldana Scarpin
Lic. en Psicopedagogía
MAT: 1214 L° | F° 35


PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:


maximiliano Gonzalez
29.896.949
PAPÁ