



# CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 01 de DICIEMBRE de 2025.

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

mi HIJO, CHARTIER ELIAS - DNI: 56.019.693  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
MIRTA ANGELONI	PSICOPEDAGOGA	3 ses. semanales	FEBRERO/26 - DICIEMBRE/26
VERONICA GHIGO	PSICOLOGA	2 ses. semanales	FEBRERO/26 - DICIEMBRE/26
MA. ANGELES VIGETTI	MAESTRA DE APOYO	5 ses. semanales	MARZO/26 - DICIEMBRE/26

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. PSICOPEDAGOGA	/	19:00 a 20:00	/	19:00 a 20:00	19:00 a 20:00	/
Esp. PSICOLOGIA	/	17:00 a 18:00	/	17:00 a 18:00	/	/
Esp. MAESTRA DE APOYO	14:00 a 15:00	14:00 a 15:00	14:00 a 15:00	14:00 a 15:00	14:00 a 15:00	/
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

*Mirta G. Angeloni*  
**MIRTA G. ANGELONI**  
 LIC. EN PSICOPEDAGOGIA  
 Mgter. en Salud Mental  
 MAT 218 L°1 F°7

*Ma. de los Angeles Vigetti*  
**Ma. de los Angeles VIGETTI**  
 Prof. Discapacidad intelectual  
 Acompañamiento Terapéutico

*GHIGO VERONICA*  
**GHIGO VERONICA**  
 LIC. EN PSICOLOGIA  
 MAT. N° 1542

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*  
 Aclaración: *CHARTIER ELIAS*  
 DNI: *29095215*