



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... Hijo Alejo Carlos 47767525
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Marcela Vecchietti	Psicopedagoga	8 sesiones mensuales	Marzo 2026 a Diciembre 2026

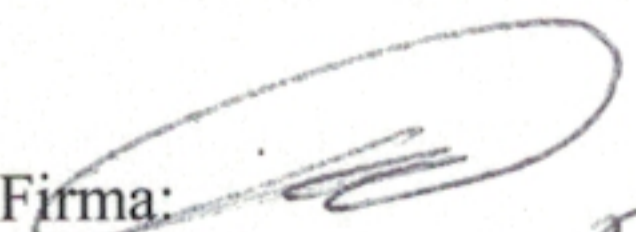
de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. <u>Psicopedagogía</u>			<u>9 a 10:15</u>	<u>9 a 10:15</u>		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)


MARCELA VECCHIETTI
 PSICOPEDAGOGA
 MAT. 591 L° 1 9° 17

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
 Aclaración: Alejo Carlos
 DNI: 27637840