

# CONSENTIMIENTO

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

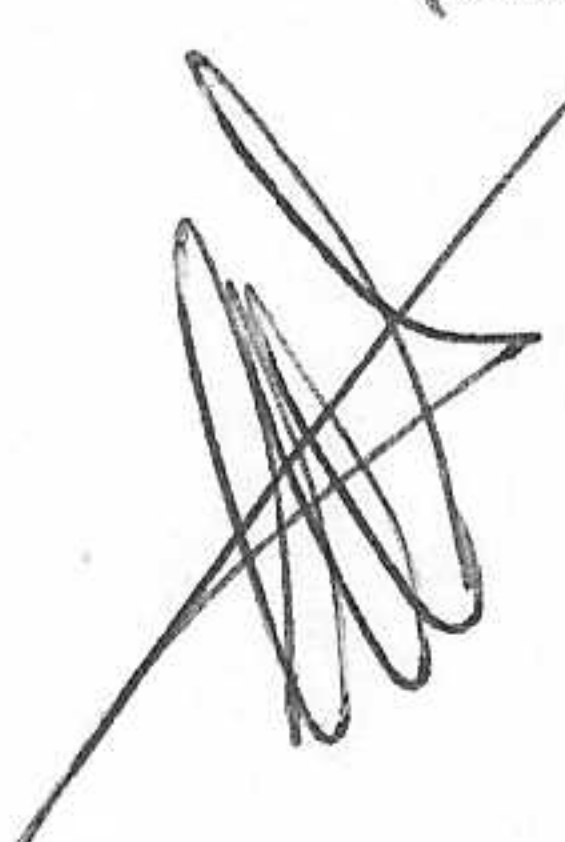
mi hijo Guillermino Valdez DNI 53271363  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Lucia Chiaramello	Psicopedagogía	2 semanas - 8 men. suales	Febrero a Diciembre 2026

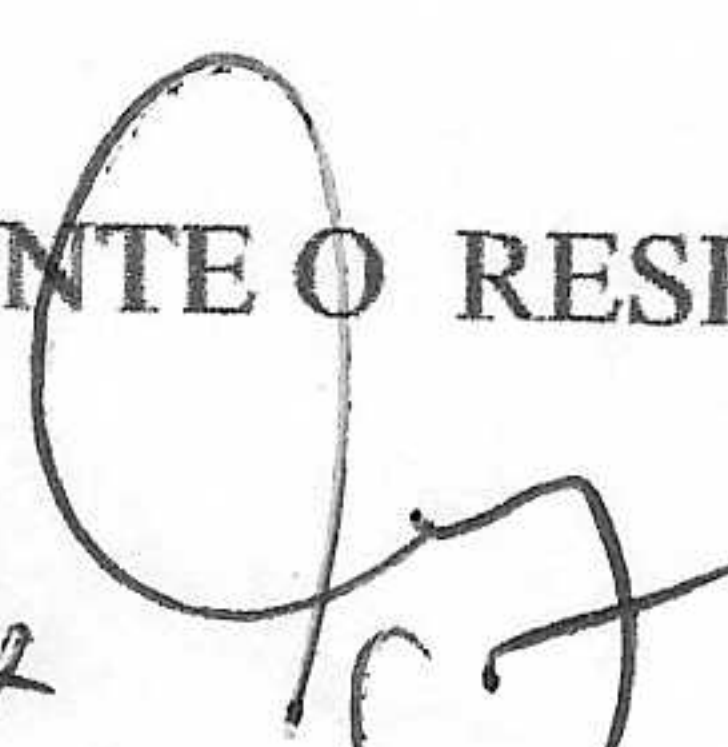
de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicopedagogía	17-18hs	-	17-18hs	-	-	-
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

  
LUCÍA CHIARAMELLO  
Lic. en Psicopedagogía  
Mat. 768

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 

Aclaración:  Guillermino H. Valdez

DNI:  17.728.214

Vínculo:  Padre

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

mi..... Valdez Guillermo - 53271363  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
<u>Vanessa Perino</u>	<u>Discapacidad</u>	<u>8</u>	<u>Febrero - Diciembre</u>

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.						
Esp.				<u>19 a 20hs</u>		
Esp.					<u>19 a 20hs</u>	
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

VANESSA PERINO  
IC. EN PSICOLOGÍA  
MAT. 1138

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: J. G. J. J. J.

DNI: 17728214

Vínculo: padre

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, de de 2.0 .-

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


mi..... hija Saldes Guillermina Lucía, 53271363.....  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
<u>VALERIA SERASSIO</u>	<u>Fonoaudióloga</u>	<u>8</u>	<u>Febrero - Dic</u>


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.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

  
Lic. Valeria Serassio Cirelli  
Fonoaudióloga  
Mat. N° 247/1 F.7 L.1

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
Aclaración: Victor H. Saldes  
DNI: 17728214  
Vínculo: Padre

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 7 de enero de 2026.

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

mi (hija) Guillermina Valdez DNI 53 271 363  
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Manavella Valle Gabriel	Sec. Educación Espec.	3 Demandas 12 mensual	Marzo-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. Educación Espec.	18:00 19:00	18:00 19:00			18:00 19:00	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

LICENCIADO EN EDUCACION ESPECIAL  
MANAVELLA VALLE GABRIEL

MANAVELLA VALLE, 6932151

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:

DANIEL SIQUEIRA HUGO  
17.728.214  
Padre.