

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: 02/12/2025

Apellido y nombre del beneficiario: VILLARREAL SUERO, MAIA VALENTINA

Número de Afiliado: 53.918.042

Yo VILLARREAL EMELI con

Documento Tipo (DNI) N° 38135693, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: SESIONES DE PSICOLOGÍA

Prestador: ALTAMIRANO, MARINA

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

2. Prestación: SESIONES DE PSICOPEDAGOGÍA

Prestador: FIRBEDA, SANDRA

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

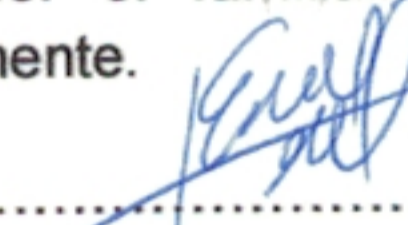
Firma: 

Aclaración: Emeli Villarreal

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de VILLARREAL SUERO, MAIA VALENTINA.

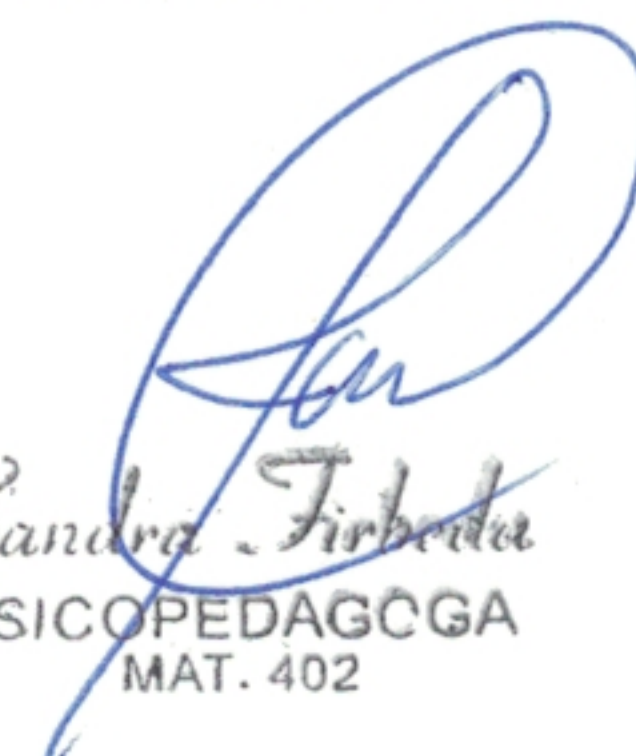
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: 

Aclaración: Emeli Villarreal

Documento: 38135693


ALTAMIRANO, MARINA G.
LIC. EN PSICOLOGÍA
Mat. N° 2222


Sandra Firbada
PSICOPEDAGOGA
MAT. 402