

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 02 de febrero de 2.026 .-

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

mi... Alumno Acastello Francisco DNI: 54847908 .....

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Iara Alvarez Gauchat	Docente Educación Especial	25 hs semanales	Marzo - Diciembre

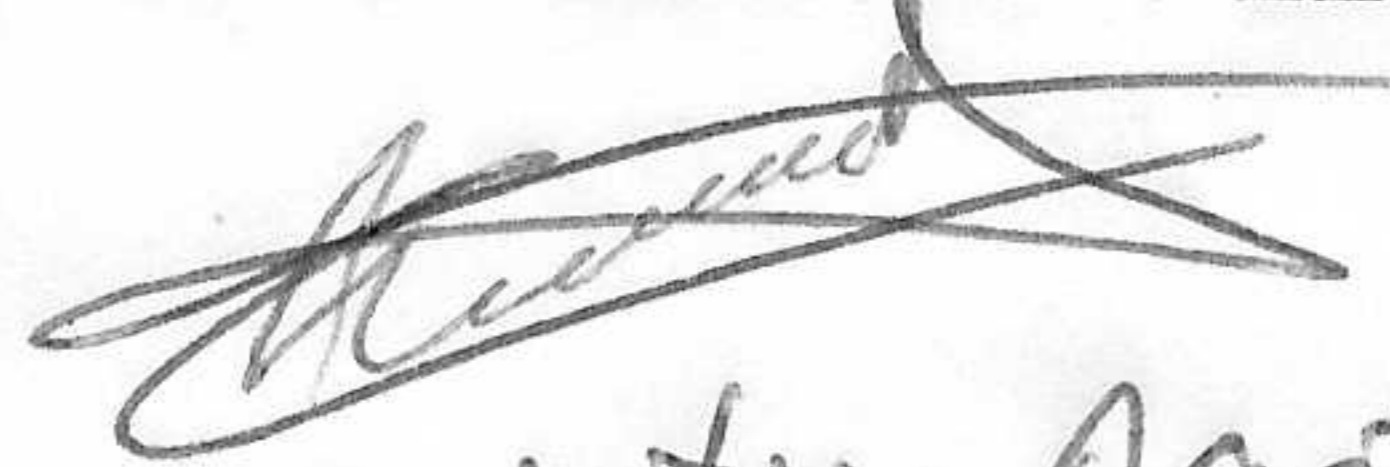
de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.	7:30 - 12:30	7:30 - 12:30	7:30 - 12:30	7:30 - 12:30	7:30 - 12:30	7:30 - 12:30
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración – Sello)

Iara Alvarez Gauchat  
Iara Alvarez Gauchat

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
Aclaración: Cristian Acastello  
DNI: 26450297  
Vínculo: Pedro