

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 26 de Octubre de 2025

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

mi..... Hijo Francisca Pierno 55533343.....
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
<u>Marcelo Vecchielli</u>	<u>Psicopedagogía</u>	<u>8 sesiones</u>	<u>mayo - de 2026</u>
<u>Damián Antonello</u>	<u>Maestro</u>	<u>10 sesiones</u>	<u>mayo - de 2026</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. <u>Psicopedagogía</u>			<u>11 a 12hs</u>	<u>11 a 12hs</u>		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)



PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: [Signature]
Aclaración: SIERRA ARIEL
DNI: 26614186
Vínculo: PADRE