

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 01 de 12 de 2025.-

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


mi hijo Goitia, Ciro DNI 54770813
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Lic. Alejandra Merlini	Psicopedagogía	3 (tres) por semana 12 (doce) por mes	Marzo 2026 hasta diciembre 2026
Luisina Baissetto	Maestra de Apoyo	2 (dos) por semana	Marzo 2026 a diciembre 2026

de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes X De/A:	Martes X De/A:	Miércoles X De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicopedagogía	15h a 16h	15h a 16h	15h a 16h			
Esp. Maestra de Apoyo		17 a 18		17 a 18		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


ALEJANDRA MERLINI
PSICOPEDAGOGA
Mét. 124 - L. 1 - F° 4



LUISINA R. BAISSETTO
PROF. DE EDUC. ESPECIAL

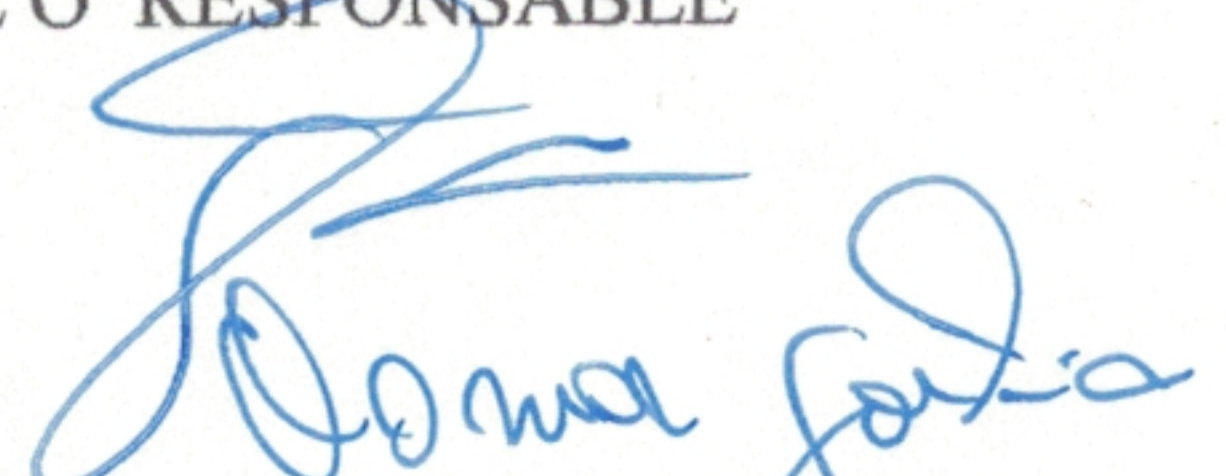
PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:


Dona Julia
27237040
Pedre