



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 26 de Diciembre de 2026

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

mi Hijo Mateo Lopez 53181435
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Marcela Vecchietti	Psicopedagogía	8 mensuales	Febrero 2026
Lucila Figoli	Psicología	4 mensuales	Diciembre 2025 Enero 2026 Febrero 2026
			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.			15 a 16hs	15 a 16hs	14 a 15hs	
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

[Firma]
LUCILA INES FIGOLI
Lic. en Psicología
Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9

[Sello]
MARCELA VECCHIETTI
PSICOPEDAGOGA
MAT. 591 L° 1 F° 17

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: *[Firma]*
Aclaración: *[Firma]*
DNI: 31066189

Donde dice: "de 14 a 15hs" vale

[Sello]
LUCILA INES FIGOLI
Lic. en Psicología
Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9