

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 02 de Diciembre de 2025.-

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

mi..... Hijo AARON CARBONEL SILVA, DNI 55.403.572
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

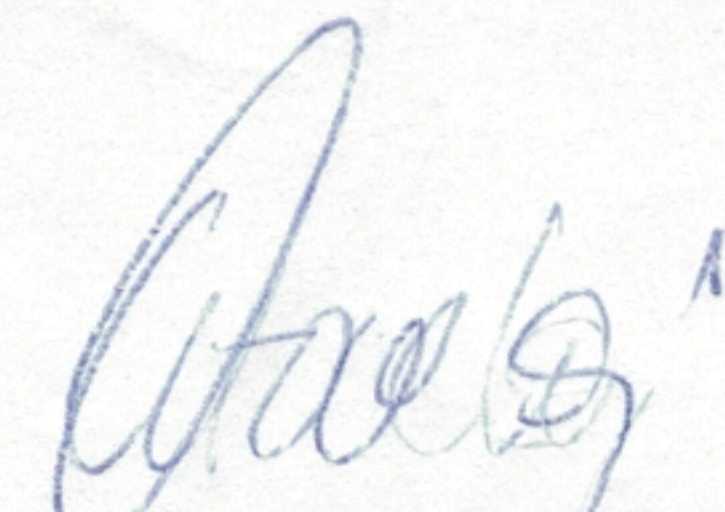
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Natalia Basabilbaso	Psicopedagogia	2 semanales	Febrero a Diciembre
Paula Vacau	Terapia Ocupacional	2 semanales	Febrero a Diciembre
Antonela Crudeli	Psicologa	2 semanales	Febrero a Diciembre
Cristina Cusit	Maestra de Apoyo	24 horas semanales	Marzo a 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. Terapia Ocupacional	-	-	19 a 20hs	-	19 a 20hs	-
Esp. Psicopedagogia	-	19 a 20hs	-	19 a 20hs	-	-
Esp. Psicología		18:15 a 19:15		18:15 a 19:15		
Esp. Maestra de Apoyo	13 a 15hs	13 a 15hs	13 a 15hs	-	-	-
Esp.						
Esp.						

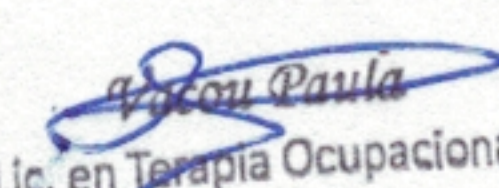
PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

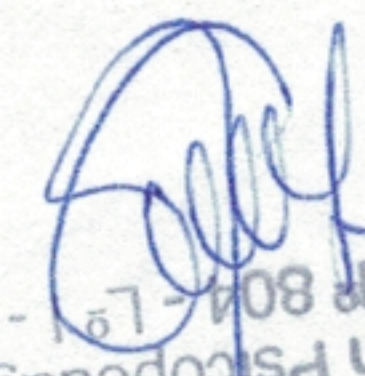

 CRISTINA G. CUSIT
 Prof. en Educ. Especial
 P/Discapacitados Mentales
 Reg. N° 9311402
 CUIT N° 27-22077271-9

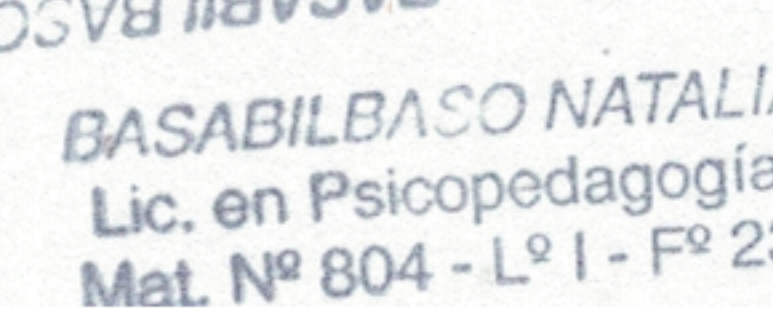

 Antonela Crudeli
 Lic en Psicología
 MP 2917

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
 Aclaración: CRISTIAN CARBONEL
 DNI: 38241427
 Vínculo: PADRE


 Lic. en Terapia Ocupacional
 M.P. 50698


 Lic. en Psicopedagogia
 Mat. N° 804 - L° 1 - F° 23


 BASABILBASO NATALIA
 Lic. en Psicopedagogia
 Mat. N° 804 - L° 1 - F° 23