

**CONSENTIMIENTO**

Santa Fe, 6 de ENERO de 2026

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

mi HIA POZZO IRINA 53034119  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

| Nombre y Apellido del Prestador | Especialidad     | Cantidad de Sesiones | Periodo Desde - hasta |
|---------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| Carolina Bialotto               | psicopedagogia   | 8 mensuales          | Febrero - diciembre   |
| Franca Ostti                    | terapia ocup.    | 8 mensuales          | Febrero - diciembre   |
| Noelia Vigoni                   | Fonoaudiología   | 8 mensuales          | Febrero - diciembre   |
| Laura Di Toranzo                | Maestro de Apoyo | 24 mensuales         | Marzo - diciembre     |


de acuerdo al siguiente cronograma:

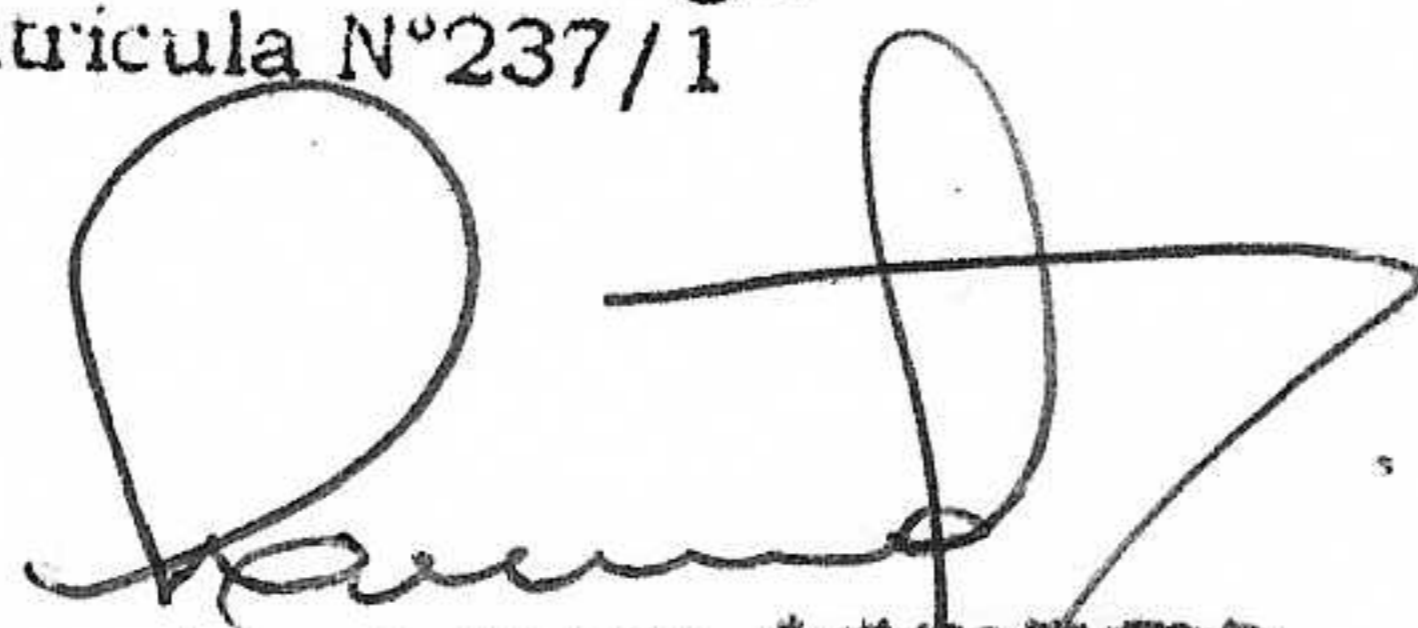
| DIAS HORARIO             | Lunes De/A:    | Martes De/A: | Miércoles De/A: | Jueves De/A: | Viernes De/A: | Sábado De/A: |
|--------------------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|
| Esp. Psicopedagogía      |                | 14 A 15 HS   |                 | 14 A 15 HS   |               |              |
| Esp. terapia ocupacional | 15:00<br>16:00 |              | 15:00<br>16:00  |              |               |              |
| Esp. Fonoaudiología      |                | 15 A 16 HS   |                 | 15 A 16 HS   |               |              |
| Esp. Maestro de Apoyo    | 8 A 10 HS      |              | 8 A 10 HS       |              | 8 A 10 HS     |              |
| Esp.                     |                |              |                 |              |               |              |
| Esp.                     |                |              |                 |              |               |              |

PRESTADOR/ES:  
 (Firma- Aclaración - Sello)


  
**Franca Ostti**  
 Lic. Terapia Ocupacional  
 Mat. 50891

  
**Vigoni Noelia**  
 Lic. en Fonoaudiología  
 Matricula N°237/1

  
**Carolina Bialotto**  
 Lic. en Psicopedagogía  
 Mat. 1162

  
**LAURA DETORANZO**  
 VICEDIRECTORA  
 E.E.C. E.E.P. 2411  
 MAESTRA DE APOYO

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:   
 Aclaración: ARIEL POZZO  
 DNI: 25063282  
 Vínculo: PADRE

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: 4/12/2025

Apellido y nombre del beneficiario: Pozzo, Irina Belén

Número de Afiliado: 53.034.119

Yo Ariel Pozzo .....con

Documento Tipo (DNI...) N° 25.063.232....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. **Prestación:** Módulo Maestra de Apoyo

Prestador: Detarsio, María Laura

Período de la prestación: desde Marzo 2026 hasta diciembre 2026

2. **Prestación:** Terapia ocupacional

Prestador: Ostti Franca Nerea

Período de la prestación: desde enero 2026 hasta diciembre 2026

3. **Prestación:** Psicopedagogía

Prestador: Biolatto Carolina

Período de la prestación: desde enero 2026 hasta diciembre 2026

4. **Prestación:** Fonoaudiología

Prestador: Vigoni Noelia

Período de la prestación: desde enero 2026 hasta diciembre 2026

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de Irina Belén Pozzo (hija).....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: [Firma manuscrita].....

Aclaración: Ariel Pozzo.....

Documento: 25063232.....