



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

mi hijo Lautaro Sanchez 58727734
(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
JESICA MOSCHEN	PSICOPEDAGOGIA	12 MENSUALES	FEBRERO-DICIEMBRE
IARA ARLEN HARDY	Maestra de Apoyo	24 MENSUALES	Marzo - Diciembre
GASPARUTI, GUILLERMINA	TERAPIA OCUPACIONAL	12 MENSUALES	FEBRERO-DICIEMBRE
GAMBA GENOVESE ARIANA	FONDAUDIOLOGIA	12 MENSUALES	FEBRERO-DICIEMBRE

Quiero decir desde Marzo - Diciembre
Iara Hardy
Lic. en Psicopedagogía
M.P 1249

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. PSICOPEDAGOGIA	15:30 - 16:15		15:30 - 16:15		15:30 - 16:15	
Esp. MAESTRA DE APOYO	9 - 11		9 - 11		9 - 11	
Esp. TERAPIA OCUPACIONAL		18:00/18:45		18:00/18:45	18:00/18:45	
Esp. FONDAUDIOLOGIA		19:00/20:00	19:00-20:00	19:00-20:00		
Esp.						
Esp.						

Iara A. Hardy
Lic. en Psicopedagogía
M.P 1249

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

Moschen J
JESICA MOSCHEN

Jesica Moschen
PSICOPEDAGOGA
MP 1169

I Hardy
IARA ARLEN HARDY

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:

DNI:

Jesica Gallard
Jesica Gallard
31486995

Gasparuti Guillermina
Lic. en Terapia Ocupacional
MPS0873

Gamba Genovesse Ariana
Lic. en Fonoaudiología
M.P N° 476/1 - L°1 - F°14

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: SANCHEZ LAUTARO

Número de Afiliado: 58727734

Yo Jesica Anahi Gallard

Documento Tipo (Dat) N° 31486 PPScon
continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. **Prestación:** PSICOPEDAGOGÍA

Prestador: JESICA MOSCHEN

Período de la prestación: desde FEBRERO hasta DICIEMBRE

2. **Prestación:** Maestra de Apoyo

Prestador: Iara Arleín Hardy

Período de la prestación: desde MARZO hasta Diciembre

3. **Prestación:** TERAPIA OCUPACIONAL

Prestador: GASPARUTI, GUILLERMINA

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

4. **Prestación:** Fonoaudiología

Prestador: Gamba Genoveve Ariana

Período de la prestación: desde FEBRERO 2026 hasta DICIEMBRE 2026

Firma: Jesica

Aclaración: Jesica Anahi Gallard

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 Gallard Jesica

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

Firma: Jesica

Aclaración: Jesica Gallard

Documento: 31486 PPS

Moschen Jesica
Jesica Moschen
PSICOPEDAGOGA
MP 1169

Hardy Iara
Iara A. Hardy
Lic. en Psicopedagogía
M.P 1249

Gasparuti Guillermina
Gasparuti Guillermina
Lic. en Terapia Ocupacional
MPS0873

Gamba Genoveve Ariana
GAMBA GENOVESE ARIANA
Lic. en Fonoaudiología
M.P N° 476/1 - L°1 - F°14

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS