

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 01 de DICIEMBRE de 2025.-

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

mi..... HISO..... AQUILES ABRAHAM LANZO DNI 56965.191.
 (Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Bosio, Florencia	Psicopedagogia	8	Febrero - Diciembre
SOSA, HAYLA Belen	Terapia Ocupacional	8	Febrero - Diciembre
ROVA, CAMILA	FONOAUDIOLOGIA	8	FEBRERO - 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. <u>Psicopedagogia</u>			<u>15 A 16</u>		<u>15 A 16</u>	
Esp. <u>Terapia Ocupacional</u>			<u>16 A 17</u>		<u>16 A 17</u>	
Esp. <u>FONOAUDIOLOGIA</u>		<u>15 A 16 HS.</u>		<u>15 A 16 HS.</u>		
Esp.						
Esp.						
Esp.						


PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)


FLORENCIA BOSIO
 LIC. PSICOPEDAGOGIA MAT 856
 COORDINADORA DE SENDAS
 ESPACIO PSICOTERAPEUTICO


Nayla Sosa
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Mat. R0333


CAMILA ROVA
 LIC. EN FONOAUDIOLOGIA
 MAT. 449/1°

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
 Aclaración: LUCIANO LANZO
 DNI: 3 2 8 4 1 4 6 8
 Vínculo: PADRE