

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, de de 2.0 .-

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

(Parentesco)

(Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Wale Fipoli	Psicólogo; 2	4	Marzo - Diciembre.
Marcela Vecchiatti	Psicopedagogía	8	Marzo - 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.					14hs-15hs	
Esp. Psicopedagogía			8 a 9 HS	8 a 9 HS		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

MARCELA VECCHIATTI
PSICOPEDAGOGA
MAT. 591 L° 1 F° 17

LUCILA INES FIPOLI
Lic. en Psicología
Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:

Jose Luis
28415331
PROBE