

**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 HIJO SANCHEZ IAN TOBIAS DNI 52369385  
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

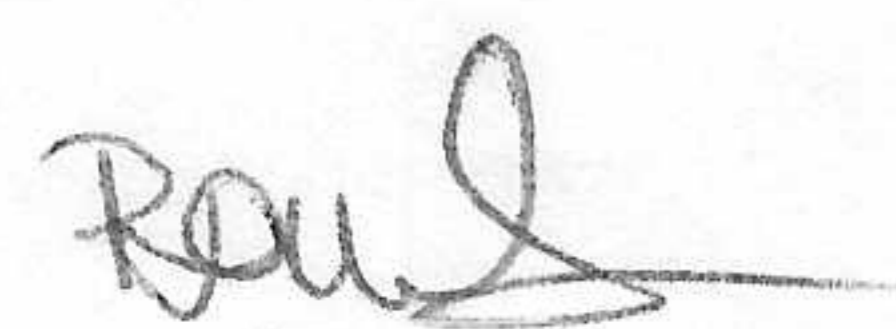
Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Priscilla Dalla Costa	Psicología	8 (ocho) mensuales	febrero a diciembre 2026
Cecilia Maletti	Terapia Ocupacional	8 (ocho) mensual	Febrero a Dic. 2026
Fany S. Jensen	Apoyo Escolar	24 (veinticuatro) mensuales	Febrero a Dic 2026
Ma. Celeste Gieco	Psicopedagogía	8 (ocho) mensual	febrero a diciembre 2026

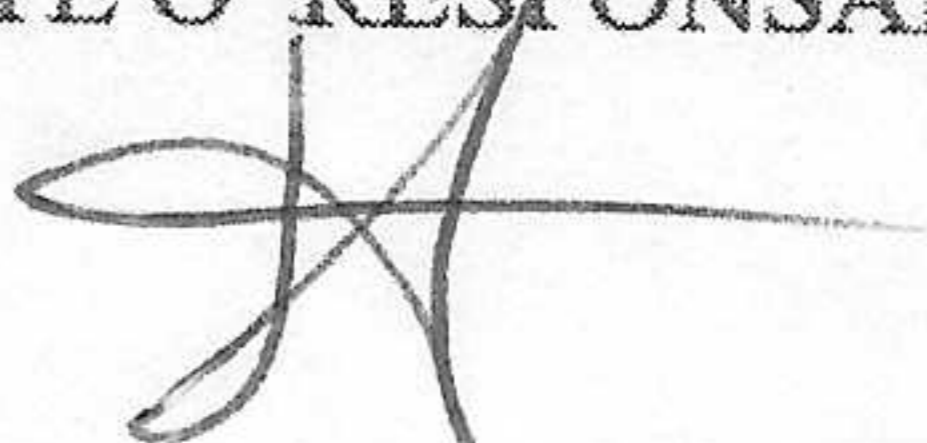
de acuerdo al siguiente cronograma:

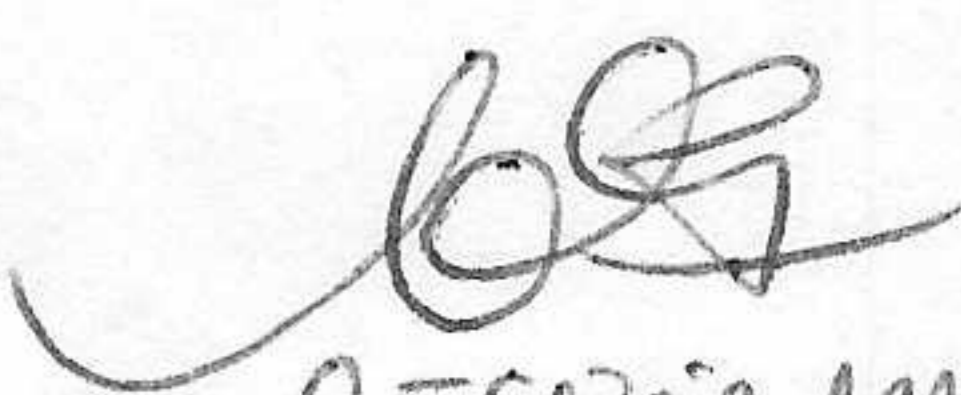
DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicología		15 a 16 hs		15 a 16 hs		
Esp. T.O	19 a 20hs.		19 a 20hs.			
Esp. Apoyo Escolar	16 a 18hs	16 a 18hs			16 a 18hs	
Esp. Psicopedagogía	18 a 19hs		18 a 19hs			
Esp.						
Esp.						

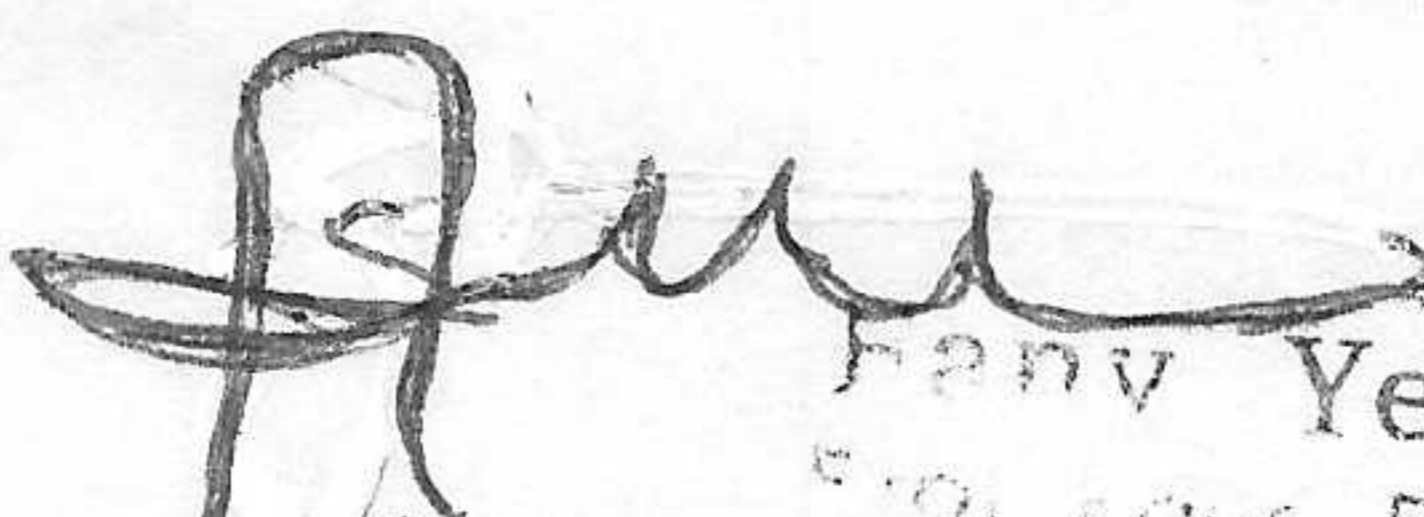
PRESTADOR/ES:  
(Firma- Aclaración - Sello)

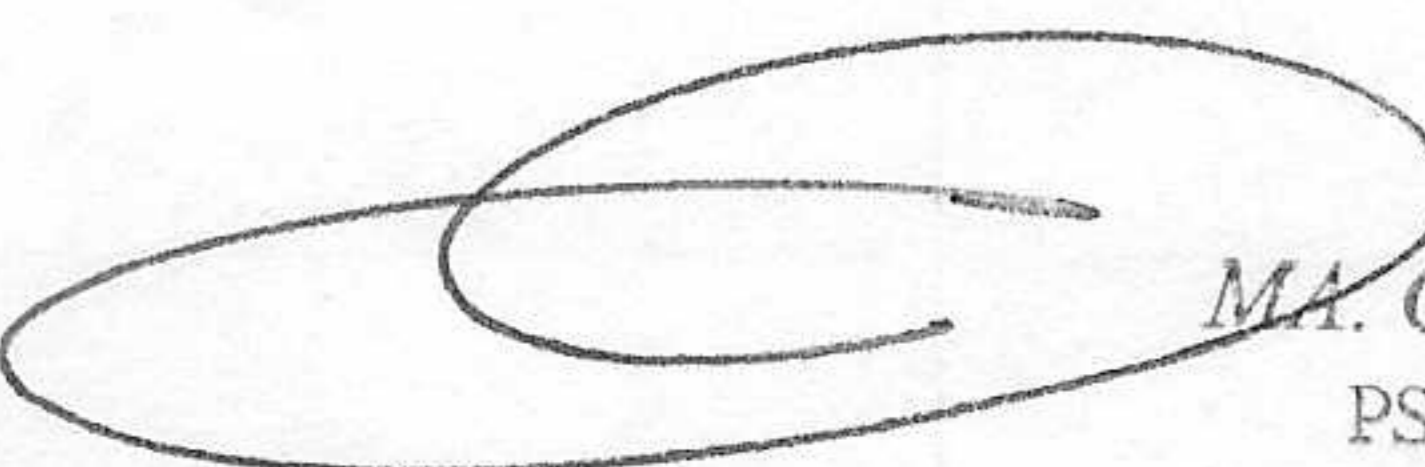
PACIENTE O RESPONSABLE

  
 Priscilla Dalla Costa  
**PRISCILLA DALLA COSTA**  
 LIC. EN PSICOLOGÍA  
 Mat. 2138

Firma:   
 Aclaración: **Jessica Hofstetter**  
 DNI: **39454448**  
 Vínculo: **MADRE.**

  
 Cecilia Maletti  
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
 Mat. N° S0120 L° 1 F° 1

  
 Fany S. Jensen  
 Lic. Educ. Especial

  
 MA. CELESTE GIECO  
 PSICOPEDAGOGA  
 MAT. 755