

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 10 de Febrero de 2026-

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

mi Hijo Yannir Procopio 51.231722
 (Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Legizamón Estefanía	Psicología	2 sem - 8 mens	Febrero - Diciembre 2026
Gamba Genoveze Ariana	Fonoaudiología	2 sem - 8 mens	Febrero - Diciembre 2026
Legizamón Agustina	Psicopedagogía	2 sem - 8 mens	Febrero - Diciembre 2026
Romina Orduña	Maestra de Apoyo	6 sem - 24 mens	Marzo 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		17 a 18		17 a 18		
Esp. Fonoaudiología		15 a 16		15 a 16		
Esp. Psicopedagogía			18 a 19	19 a 20		
Esp. Maestro de Apoyo		8 a 11			8 a 11	
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración - Sello)

LEGUIZAMÓN ESTEFANÍA
Licenciada en Psicología
Mat. N° 1410

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

AGOSTINA LEGUIZAMÓN
Lic. EN PSICOPEDAGOGÍA
MAT. N° 1051

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma:

Aclaración: Gintia Pombo Abdo

DNI: 29.350.132

Vínculo: Madre Tutora.

Romina A. Orduña
Prof. en Educación Especial
Reg. N° 17-51673