

DISCAPACIDAD- ESPECIALIDADES- PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha de emisión:
Razón Social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad y Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

<i>prestacion/ especialidad</i>	<i>cantidad/sesiones</i>	<i>monto/sesion</i>	<i>monto/mensual</i>

Periodo ciclo lectivo - desde:

-Hasta:

Cronograma de asistencia

DIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DE A	DE A	DE A	DE A	DE A	DE A
<i>especialidad</i>						
<i>especialidad</i>						
<i>especialidad</i>						
<i>especialidad</i>						
<i>especialidad</i>						

Observaciones

Firma del responsable de la institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de presentaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:

DNI:

Nº beneficiario:

Firma del beneficiario responsable

Aclaración

DNI firmante:

Lugar y fecha de Consentimiento: