

## DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad/ Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión \$	Monto Mensual \$
---	-------------------	-----------------	------------------

Período Ciclo Lectivo

Desde:

Hasta:

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario

DNI:

Nº de Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI del Firmante:

Lugar y Fecha del Consentimiento:



Obra Social  
Perfumista

Entre todos  
nos cuidamos.