



**CONSENTIMIENTO BILATERAL DEL TRATAMIENTO
PROFESIONALES / INSTITUCIONES**

DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN

Razón social del Prestador: _____ Teléfono: _____

Domicilio donde se brinda la prestación: _____

Datos de la prestación (según Mecanismo de Integración): _____

Prestación/Especialidad según Mecanismo de Integración	Cant.de sesiones	Monto por Sesión	Monto mensual
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Periodo Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Cronograma de Asistencia:

Especialidad/prestación	Lunes Desde-Hasta	Martes Desde-Hasta	Miércoles Desde-Hasta	Jueves Desde-Hasta	Viernes Desde-Hasta	Sábado Desde-Hasta

Por la presente certifico que he explicado las características de la practica que se brinda a:

(indicar nombre y apellido del afiliado y/o familiar) _____

Y que se han contestado todas las preguntas surgidas por Padres/Tutor en torno a la misma.

Firma y sello del Prestador/Responsable de la Institución.

Por la presente deajo constancia de mi **CONSENTIMIENTO** al Programa de
Prestaciones descripto precedentemente a:

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

N.º de Afiliado : _____ **D.N.I.:** _____ **Edad:** _____

Mail: _____ **Teléfono:** _____

Firma de Madre/Padre/ Tutor/Beneficiario

Aclaración Y D.N.I

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

(debe ser anterior al periodo solicitado de la prestación)