

**Planilla de consetimiento. Discapacidad.  
Especialidades de Rehabilitación ambulatoria.**

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión ..... Fecha

**Datos del Prestador**

Razón Social .....

Domicilio de atención ..... Localidad .....

Provincia ..... Teléfono

**Datos del Afiliado**

Nombre y Apellido ..... N° DNI

Email .....

**Datos de la Prestación**

Prestación / Especialidad (según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad de Sesiones	Monto por Sesión \$	Monto Mensual \$

Período del ciclo Lectivo Desde  Hasta  Año

**Cronograma de Asistencia**

Especialidad	Días y Horarios		<b>lunes</b>		<b>martes</b>		<b>miércoles</b>		<b>jueves</b>		<b>viernes</b>		<b>sábado</b>	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Observaciones .....

Firma y Sello del responsable de la Institución

Aclaración .....

**Consentimiento**

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

Beneficiario ..... N° Beneficiario  N° DNI

Firma del Beneficiario o del Representante

Aclaración del firmante .....

Parentesco .....

N° DNI del firmante

Lugar del Consentimiento ..... Fecha del Consentimiento