

## 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		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	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