

**TRATAMIENTOS AMBULATORIOS
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(Módulos- Prestación de Apoyo - Estimulación Temprana - Integración Escolar)**

Fecha de emisión:

OSPECON:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI Beneficiario..... CUIL Titular.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Prestación/Especialidades:.....

Desde:..... Hasta.....2023

Domicilio donde se realiza la prestación:..... Localidad:.....

Cantidad de sesiones

Semanales:..... Mensuales:.....

Monto por sesión: \$..... Monto mensual: \$.....

Nombre del Prestador:.....Nº.....

CUIT:..... Vencimiento Registro Prestador.....

Mail:..... Teléfono:

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:
.....
.....
.....

NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

.....
Firma Responsable

.....
Aclaración

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Beneficiario:.....DNI:.....

.....
Firma Beneficiario o representante

.....
Aclaración

DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:.....