



## CONSENTIMIENTO INFORMADO/NOTA DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de Tratamiento que \_\_\_\_\_ (Razón Social o nombre del prestador), sito en Calle \_\_\_\_\_ (Domicilio, localidad y Provincia) brinda a mi \_\_\_\_\_ (parentesco) \_\_\_\_\_ (Apellido, Nombre y DNI), por el período \_\_\_\_\_ (desde- hasta), bajo la modalidad \_\_\_\_\_ (Prestación y tipo de Jornada - Indicar la dependencia en caso de corresponder).

**Prestador**

**Padre/ Madre o Tutor**

FIRMA:	FIRMA:
ACLARACIÓN:	ACLARACIÓN:
SELLO:	DNI:
SELLO DE LA INSTITUCION:	VÍNCULO: