



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: |