

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para que la/el menor en mi carácter de (vínculo) y D.N.I., inicie tratamiento psicológico con el/la prestador/adel listado ofrecido por la Obra Social/Sistema.....
Manifiesto además conocer las normas de funcionamiento del mismo.

Firma, Aclaración y DNI del Padre.....

Firma, Aclaración y DNI de la Madre.....

Lugar y fecha.....,/...../.....