

## **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/a .....del  
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....., ...../...../.....