



## AUTORIZACIÓN 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 ....., ...../...../.....