



Por la presente, se deja constancia que el paciente _____ DNI
_____ con domicilio en _____
tiene turno con el / la profesional en psicopedagogía _____ en
el consultorio situado en _____ de la ciudad de
_____ provincia de Santa Fe.

Cronograma semanal de asistencia:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
FIRMA DEL PACIENTE
O ADULTO RESPONSABLE

.....
FIRMA Y SELLO DE LA/ EL PROFESIONAL

Constancia de circulación con vigencia en referencia al Decreto Provincial N° 647 del 19 de mayo de 2021.