

SOLICITUD DE RESERVA DE VACANTE

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS – CICLO 2027

Estimadas familias:

Con motivo de la planificación y organización institucional correspondiente al ciclo terapéutico 2027, solicitamos completen el presente formulario a fin de confirmar la intención de continuidad de los tratamientos de su hijo/a en el Centro Terapéutico AutismoInfans.

La presente solicitud tiene como finalidad organizar anticipadamente la disponibilidad de vacantes, la conformación de los equipos profesionales, la asignación de horarios y la planificación de las prestaciones terapéuticas para el próximo año.

La firma de este documento constituye una manifestación formal de interés en reservar la vacante y dar continuidad al proceso terapéutico durante el ciclo 2027, quedando sujeta a la disponibilidad institucional, la planificación de los tratamientos y los correspondientes acuerdos administrativos.

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Cobertura médica / Obra social:

CONFIRMACIÓN DE CONTINUIDAD

Por medio de la presente, manifiesto mi voluntad de solicitar la reserva de vacante para mi hijo/a en el Centro Terapéutico AutismoInfans durante el ciclo 2027, expresando mi intención de dar continuidad a su proceso terapéutico durante el próximo año.

Firma del familiar a cargo

Aclaración

Fecha