

Programa de discapacidad
Documentación General

CAMBIO O BAJA DE PRESTADOR - FORMULARIO 10

Fecha: ____ / ____ / ____

A quien corresponda:
Por la presente, comunico que el asociado/a _____ DNI _____ realizará un:

- ☐ Cambio de prestador
- ☐ Baja de prestador *(sin profesional alternativo por el momento)*

Prestación afectada *(por ejemplo: Psicología)* _____

Detalle del cambio
Dejará de asistir con: _____ y comenzará a asistir con: _____
a partir del mes de _____ del año _____

Detalle de la baja
Dejará de asistir con: _____ a partir del mes de _____ del año _____

Detallar motivos del cambio o baja de prestador: _____

Firma del asociado/a, padre, madre o tutor/a

Aclaración

DNI

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.