

Programa de Discapacidad – Documentación General

CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: ____ / ____ / ____

A quien corresponda:

Por la presente, solicito cambio de prestador de (*indicar prestación, por ejemplo: "Psicología"*) _____

para el asociado _____

DNI _____ A partir del mes de _____ del año _____, dejará de asistir con (*indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía*) _____y comenzará con (*indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá*) _____El motivo del cambio (*detallar motivos del cambio de prestador*) _____

Firma

Aclaración

DNI