

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## CAMBIO DE PRESTADOR – FORMULARIO 12

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 a asistir con (*indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá*)\_\_\_\_\_

a partir del mes de: \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_

El motivo del cambio (*detallar motivos del cambio de prestador*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI