

Programa de discapacidad
Documentación General

CAMBIO O BAJA DE PRESTADOR - FORMULARIO 8

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, parente, madre o tutor/a

Aclaración

DNI