

## 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, padre, madre o tutor/a\_\_\_\_\_  
Aclaración\_\_\_\_\_  
DNI