

Programa de discapacidad

Documentación General

CAMBIO O BAJA DE PRESTADOR - FORMULARIO 9

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