

# 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 del asociado/a, padre, madre o tutor/a

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI