

Solicitud de Cambio de Prestador

DISCAPACIDAD 017

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del Afiliado

Nombre y apellido _____ N° DNI _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja de la prestación de:**

_____ a cargo de
(Ej.: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc.)
_____ a partir del día _____
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito **nueva alta para subsidio de:**

_____ a cargo de
(Ej.: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc.)
_____ a partir del día _____
(Nombre del profesional y/o institución)

y por el período _____

Firma del
Beneficiario o
del Representante

Aclaración del firmante _____

Parentesco _____

N° DNI del firmante _____