

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

Anexo XIV

NOTA POR CAMBIO DE PRESTADOR

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Por medio de la presente dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de

(Ejemplo: psicología, terapia ocupacional, etc.) a cargo de..... (nombre del prestador o institución a dar de baja) a partir del día/...../.....

Solicito el alta para subsidio de la prestación de (Ejemplo: psicología, terapia ocupacional, etc.) a cargo de..... (nombre del prestador o institución a dar de alta) a partir del día/...../.....

.....
Firma y aclaración del padre, madre y/o tutor

La presente nota deberá completarse únicamente en caso de realizar un cambio de prestador dentro un mismo año.