



Nota de solicitud de BAJA/CAMBIO de prestador

Subsidios por Discapacidad 2024

....., de..... de 2024....

Beneficiario causante:

DNI/LC/LE:

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 la prestación de.....,

a cargo de a partir del día/...../..... y por el

(Nombre del profesional y/o institución)

período..... año.....

Paciente o responsable

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo