



**OSTEP**  
Obra Social para los Trabajadores  
de la Educación Privada

**NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Afiliado: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la baja de la prestación de:

\_\_\_\_\_  
a cargo de el/la y/o institución: \_\_\_\_\_

a partir del día \_\_\_\_\_ Asimismo, solicito el alta de dicha prestación  
de: \_\_\_\_\_

a cargo de: el/la y/o institución: \_\_\_\_\_

A partir del día \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_