



## NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

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

Beneficiario/a: \_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_

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 N°: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_