



**NOTA DE SOLICITUD DE BAJA/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 \_\_\_\_\_

Solicito **NUEVA ALTA** de la prestación de:

\_\_\_\_\_ a cargo de: el/la y/o  
institución: \_\_\_\_\_  
A partir del día \_\_\_\_\_

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

Aclaración \_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_