

## NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA

BENEFICIARIO

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja** de la prestación de .....  
..... (Ej. Psicología, CET, EGB, etc.) con el profesional y/o institución  
..... a partir de la fecha .....  
Solicito nueva **alta** de dicha prestación con el profesional y/o institución .....

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
DNI/LC/LE