

## SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

FECHA

BENEFICIARIO

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de .....  
..... del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la  
prestación (ej. fonoaudiología, psicología, trasporte, EGB, etc.) .....  
con el profesional y/o institucion .....

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
DNI/LC/LE