



NOTA POR BAJA DE PRESTACION

Fecha: _____

Por medio de la presente, solicito la baja de la prestación de: _____,

(indicar prestación por Ej: "Psicología")

A cargo de: _____

(indicar Nombre y Apellido del profesional o Institución)

Para el afiliado: _____ D.N.I.: _____

A partir del mes de : _____ Año: _____

Debido a *(comentar los motivos)*: _____

Firma de Madre/Padre o Tutor

Aclaración

D.N.I