3° NOTA DE CESE O CAMBIO DE PRESTACIÓN

Completa y firmada por el afiliado/a con discapacidad, su familiar responsable o tutor/a.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a: _____

N° de afiliado/a: _____ DNI: _____

Prestación: _____

Razón social del prestador: _____

Fecha de cese: / /

Motivo del cese/cambio: _____

Declaro que la información consignada es veraz y dejo constancia de la presente comunicación, a los efectos administrativos correspondientes.

_____	_____	_____
Firma *(manuscrita)*	Aclaración	DNI

_____

Parentesco