

**ANEXO IV**

**NOTA DE SOLICITUD DE BAJA DE PRESTACION/ CAMBIO DE PRESTADOR**

.....de..... de 2021

Beneficiario:

DNI:

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de.....a cargo del/la profesional ..... a partir de..... .

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo de la profesional y/o institución..... y a partir de.....

FIRMA:

ACLARACION:

DNI:

VINCULO/PARENTESCO:

