



Obra Social para el Personal
de Obras y Servicios Sanitarios

Inscr. N° 127604 R.N.O.S.

Nota de solicitud de cambio de prestador

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre

N° de DNI

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de

(Ejemplo, Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de _____,

(Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ____/____/____. cobertura

Solicito nueva alta para la cobertura de la prestación de _____,

(Ejemplo, Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de _____

(Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ____/____/____ y por el periodo _____.

El motivo de esta solicitud es:

Paciente o responsable			
Firma	Aclaración	N° DNI	Vínculo

Se deberá tener en cuenta que solo se aceptará 2 (dos) cambios por año por prestador.