



**OSDAAP**  
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN DE LA  
ACTIVIDAD AEROCOMERCIAL PRIVADA

## NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

**Lugar:** .....

**Fecha:** ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

**Para:**

**Nombre y apellido:** .....

**Tipo de Documento:** (Marcar con X lo que corresponda) LC ☐ DNI ☐ LE ☐ PAS ☐ N° .....

**Edad:** .....

**Dependencia:** SI ☐ NO ☐ (Marcar lo que corresponda)

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

..... a cargo de .....  
Ej.: Psicología, fonoaudiología, CET, EGB, etc) (nombre del profesional o institución)

a partir del día ..... / ..... / .....

Solicito el alta para subsidio de la prestación de ..... a cargo de (2)  
Ej.: Psicología, fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día ..... / ..... / .....  
(nombre del profesional o institución)

### PACIENTE O RESPONSABLE

.....  
Firma del paciente o responsable

**Aclaración:** .....

**DNI:** .....

**Vinculo:** .....

**Lugar y fecha:** .....

\* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud.  
Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.