



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: [sur.disca@uthgra.org.ar](mailto:sur.disca@uthgra.org.ar) - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

**ANEXO X - NOTA para BAJA y ALTA de PRESTADOR**

Fecha:...../...../.....

**Nombre y Apellido del beneficiario:** .....

**D.N.I o Nro. Afiliado:**.....

Sres. OSUTHGRA:

Me dirijo ante quién corresponda para comunicarles la baja de la prestación de

.....  
(Ej.: Psicología, Terapia Ocupacional, CET, EGB, Hogar, etc.)

Le damos la baja a .....

(Nombre del profesional o Institución)

a partir del día: ...../...../.....

Solicito el alta para la prestación de.....

(Ej.: Psicología, Terapia Ocupacional, CET, EGB, Hogar, etc.)

a cargo de .....

(Nombre del profesional o Institución)

a partir del día: ...../...../..... y por el período .....

Motivo: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: .....

Parentesco:.....