

Formulario 017
SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR



(Completar todos los campos del formulario)

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, Fonoudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de _____ (Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ____/____/____

Solicito nueva alta para cobertura de la prestación de _____ (Ejemplo, Psicología, Fonoudiología, CET, EGB, etc)

a cargo de _____ (Nombre del profesional y/o institución)

a partir del día ____/____/____ y hasta _____.

El motivo de esta solicitud es:

Paciente o responsable			
Firma	Aclaración	N° DNI	Vínculo

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 23.326. La DIRECCIN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.