

2025

**Modelo Nota de
Solicitud de Abandono
de Tratamiento**

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido

N° Afiliado

Tipo y N° de documento

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la Baja de las prestación de

(Ejemplo: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc) con el Profesional y/o Institución

a partir de la fecha

Motivo de la baja de la prestación

Firma del Beneficiario/Responsable

Firma:

Aclaración

Tipo y N° de Documento