



Planilla de cambio o baja de Acompañante Terapéutico

A ser completada por el afiliado o AT según el caso

Trámite N° _____

Apellido y nombre del afiliado _____

N° de afiliado _____

Baja de Acompañante Terapéutico

A ser completada por el afiliado o por el AT

Apellido y nombre del AT que se solicita dar de baja:

Fecha de baja:

Motivo de la baja: _____

Al solicitarse la BAJA de AT se deberá adjuntar:

- Fotocopia de DNI de quien firma la presente.
- Fotocopia de la orden de prestación.

Firma y aclaración del AT ó del Afiliado /Familiar (indicar parentesco)

Fecha: ___/___/___

Cambio de Acompañante Terapéutico

A ser completada por el afiliado

Apellido y nombre del AT que se solicita dar de **BAJA**:

Fecha de baja:

Nombre y apellido del AT que se solicita dar de **ALTA**: _____

Fecha de alta:

Motivo del cambio: _____

La documentación a adjuntar para este nuevo efector será la siguiente:

- Fotocopia del DNI del nuevo AT
- Fotocopia del título habilitante del nuevo AT
- Fotocopia de constancia de inscripción en AFIP del nuevo AT
- Fotocopia del DNI de quien firma la misma
- Fotocopia de la orden de Prestación
- En caso de tratarse de Acompañante Terapéutico en institución educativa común deberá incluir Planilla 2.

Esta Planilla para cambio de AT está destinada solo a Afiliados con Autorización vigente en curso. La renovación de la prestación deberá solicitarse mediante trámite habitual.

Firma, aclaración y parentesco (si no es el afiliado)

Fecha: ___/___/___