

SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

FECHA

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de
..... del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la
prestación (ej. fonoaudiología, psicología, transporte, EGB, etc.)
con el profesional y/o institucion

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE