

## 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 institución .....

Firma

Aclaración

DNI/LC/LE