

Villa Carlos Paz,.....de.....de.....

Al Sr. Coordinador de Seguridad Alimentaria

Dirección de Políticas Públicas Saludables

Secretaría de Salud Pública

Municipalidad de Villa Carlos Paz

S...../.....D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar la Baja en el Registro Municipal Permanente, único y obligatorio de Directores Técnicos (Ordenanza N° 5557).

Firma.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Domicilio.....B°.....

Ciudad.....

T.E.....Celular: .....

E-Mail:.....