

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

Al Área de Políticas Públicas Saludables
Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Villa Carlos Paz
S...../.....D

De mi mayor consideración:

El/la que suscribe....., D.N.I
N°.....en representación de la Firma:
CUIT N°....., sito en calle.....
N°....., de barrio.....Tel:....., en el
rubro:.....con Nombre de Fantasía.....
Informa a Ud. que a partir del día / / Prescindo de los servicios como Director
Técnico del Sr.....
D.N.I N°....., de
Profesión:.....Registro N°

Esperando que en el Registro Único de Directores Técnicos (Ord. 5557), dependiente del
Área de Seguridad Alimentaria de la Dirección de Políticas Públicas Saludables, se proceda
a la BAJA comunicada, aprovecho la oportunidad para saludarle atentamente.

Firma:.....
Aclaración:.....
D.N.I:.....

