

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:

Quien suscribe el presente, Sr/a.....,
Registro N°:, de Profesión:, deja constancia expresa ante
esa área que RENUNCIA a partir del día.... / / , la Dirección Técnica del
Establecimiento del Rubro....., Propiedad
de..... con nombre de Fantasía:
....., C.U.I.T. N°.....-.....,
sito en calle: N°....., de B°.....,
Tel:, de la ciudad de Villa Carlos Paz.-

Motivo:.....
.....

Firma..... Aclaración.....
DNI N°.....,
Domicilio..... B°.....
Ciudad..... Registro N°:.....
Tel:..... Celular:.....
.....Email:.....
.....

