

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:

Quien suscribe el presente, Sr/a....., Registro N°:,
de Profesión:, deja constancia expresa ante esa Dirección 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°....., T.E.:,
de la ciudad de Villa Carlos Paz.-

Motivo:.....

Firma..... Aclaración..... DNI

N°....., Domicilio.....

B°..... Ciudad..... Registro N°:.....

T.E.:..... – Celular:

E-Mail:.....