



MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT

DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION

FORMULARIO 14 SOLICITUD DE BAJA DE UNIDAD MOVIL

Al Director/a de Fiscalización y Matriculación

En la localidad de..... a los días del mes.....del año.....
El/la que suscribe: en carácter de Responsable
Legal del Establecimiento denominado habilitado por
Disposición N°, tramitado por Expediente N°..... solicita la **BAJA** del
vehículo marca.....dominio..... año habilitado como móvil
ambulancia.

Se adjunta instrumento legal y certificado habilitante

Observaciones: _____

Firma del responsable legal

Firma y sello funcionario actuante.-

Fecha de recepción:...../...../.....