



MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT

DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION

FORMULARIO 16 SOLICITUD DE BAJA DE MÓVIL

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. Solicito que el instrumento legal por el cual se realice la baja del establecimiento se enviada a: calleN°..... CPlocalidad

Se adjunta instrumento legal y certificado habilitante del vehiculo de baja

SI	NO
----	----

Observaciones: _____

Firma del responsable legal

Firma y sello funcionario actuante.-

Fecha de recepción:...../...../.....