



**MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT**

DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION

**FORMULARIO 18 SOLICITUD DE DESVINCULACIÓN o RENUNCIA**

Al Director/a de Fiscalización y Matriculación

En la localidad de..... a los días ..... del  
mes.....del año..... El/la que suscribe:  
.....DNI N°..... de profesión  
..... MPP ..... comunico mi desvinculacion o renuncia como  
responsable profesional responsable técnico o personal profesional/técnico del  
Establecimiento denominado ..... habilitado por Disposición N°  
....., tramitado por Expediente N°.....

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable legal

Firma y sello funcionario actuante.-

Fecha de recepción:...../...../.....



**MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT**

**DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION**