

MODELO DE CARTA DE RENUNCIA A COMPLETAR POR APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL.

_____, ____ de _____ de 20__

Sres.

Dirección de Afiliaciones

Programa Federal Incluir Salud

De mi mayor consideración:

Yo (apellido y nombre del apoderado / Resp.Legal) _____

_____ con DNI N° _____ me dirijo a Uds. en representación de

_____ con DNI N° _____ con el fin de solicitar procedan con SU BAJA al Programa Federal Incluir Salud por Renuncia.

A tales efectos adjunto documentación solicitada.

Atte.

Firma del apoderado o representante legal

Apellido y nombre titular:

D.N.I.

