

MODELO DE CARTA DE RENUNCIA A COMPLETAR POR TITULAR.

_____, ____ de _____ de 20__

Sres.

Dirección de Afiliaciones

Programa Federal Incluir Salud

De mi mayor consideración:

*Yo (apellido y nombre del titular) _____ con
DNI Nº _____ me dirijo a Uds., por mi propio derecho y libre voluntad con
el fin de solicitar tengan a bien MI BAJA al Programa Federal Incluir Salud por
Renuncia.*

A tales efectos adjunto documentación solicitada.

Atte.

Firma del titular

Apellido y nombre titular:

D.N.I.