



Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

Ministerio de Salud GCBA

S/D

A quien corresponda,

Por la presente me dirijo a ustedes a fin de notificar mi renuncia al cargo de  
\_\_\_\_\_, adjudicado en el Hospital  
\_\_\_\_\_ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

---

Firma, aclaración y DNI