



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