



**REGISTRO DE ELECTRODEPENDIENTES POR CUESTIONES DE SALUD
RECS**

SOLICITUD DE BAJA

N° DE EXPEDIENTE: 800-_____-20_____.

SAN JUAN, _____ de _____ de 20 _____.

Ministro de Salud
Dr. Amilcar Dobladez
S/D

El /la que suscribe _____

DNI N° _____, se dirige a Ud. a fin de solicitar la baja en el Registro de

Electrodependientes motivada por _____.

Sin otro particular, saluda atte.

Firma del interesado