

Rinuncia attività da parte di medici e pediatri di libera scelta

Il/La sottoscritto/a
nato/a a(....) il
residente a (....) in n°....
domiciliato/a(....) in..... n°.... con la presente

COMUNICA

che in data.....procederà/ha proceduto alla chiusura dello studio professionale di MMG / PLS sito in
.....(....)via

.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....