



Formulario de renuncia a la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS)

LA PERSONA ABAJO FIRMANTE, EN REPRESENTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL,
EXPRESA LA RENUNCIA A LA ADHESIÓN A LA RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD DE
ANDALUCÍA (RELAS), ADOPTADA

EL DÍA DE DE

NOMBRE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE OSTENTA LA PRESIDENCIA:

LUGAR, FECHA:

FIRMA

