

Perú, Distrito de _____, ____ de _____ del 202_

Carta de Renuncia

Nombre del Médico:

Nombre del Centro Médico o Institución:

Asunto: Carta de Renuncia a Exámenes Médicos de Egreso

Estimado/a:

Por medio de la presente, yo,, paciente o empleado de, deseo notificar mi decisión de renunciar a someterme a los exámenes médicos de egreso que estaban programados para

Esta decisión ha sido tomada después de una reflexión cuidadosa y consideración personal. Aunque entiendo la importancia de los exámenes médicos de egreso, por razones personales y circunstancias cambiantes, he decidido no continuar con el proceso en este momento.

Agradezco la atención y los servicios brindados por durante mi tiempo aquí, y no tomo esta decisión a la ligera. Estoy agradecido/a por la atención médica o el empleo que he recibido en esta institución.

Esta renuncia a los exámenes médicos de egreso se hace de manera voluntaria y sin coacción. No tengo acuerdos pendientes ni obligaciones que me ligan a en relación con estos exámenes.

Agradezco la comprensión de en este asunto y espero que mi renuncia se procese de manera adecuada. Por favor, considere esta carta como notificación formal de mi decisión de renunciar a los exámenes médicos de egreso programados para

Atentamente,

Firma

Nombre:

N° Identificación: