Docteur
Adresse du cabinet
n° rpps

Conseil de l’Ordre
départemental de …..
Adresse

ARS de …..
Adresse

Objet : Déclaration individuelle de participation à la grève de la permanence des soins ambulatoire

Je soussigné (NOM, Prénom)........................................................................................................., médecin généraliste à ……………….déclare mon intention de participer à la grève de la permanence des soins ambulatoires à partir du XX/XX/XXXX.

Je n’assurerai donc pas la garde prévue le XX/XX, XX/XX…

Fait à ……………………….

le … /… /…

Signature