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 (e)

(NOM, Prénom) :.........................................................................................................,

médecin généraliste à ……………….

déclare mon intention de participer à la grève de la permanence des soins ambulatoires à partir du 23/01/2023.

Je n’assurerai donc pas les gardes prévues les XX/XX, XX/XX…

Fait à ……………………….

Le … /… /…

Signature