

D.	D.N.I.
Domicilio a efectos de notificación :	Municipio: C.P.:
Actuando: <input type="checkbox"/> en nombre propio <input type="checkbox"/> en representación de:	

EXPONE: Que con fecha _____ presentó ante el Servicio Canario de la Salud, solicitud de Autorización de _____, situado en la calle _____, nº _____, del municipio de _____.

Que habiendo variado las circunstancias que motivaron dicha petición, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 de la Ley del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, desisto de dicha solicitud.

Por lo que **SOLICITA**, acuerde aceptar el desistimiento, declarando concluso el procedimiento con archivo de las actuaciones habidas en el mismo.

En _____ a _____

DIRECCIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
Servicio de Acreditación y Autorización.