

EXPEDIENTE Nº:
REGISTRO ENTRADA:

SOLICITUD PARA COMPENSAR LOS GASTOS EXTRAORDINARIO DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO ACAECIDOS EN LOS DESPLAZAMIENTOS EFECTURADOS POR RAZÓN DE SERVICIO POR EL PERSONAL DEL CONSORCIO DE SALUD.

SOLICITANTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NIF.
CENTRO DE TRABAJO	CODIGO POSTAL, LOCALIDAD Y PROVINCIA		TELÉFONO:
DOMICILIO PARTICULAR	CODIGO POSTAL, LOCALIDAD Y PROVINCIA		TELÉFONO:
VEHICULO UTILIZADO (Marca y Modelo)	MATRICULA	COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGUROS	
		<input type="checkbox"/> A todo Riesgo con Franquicia de: Euros. <input type="checkbox"/> A todo Riesgo sin Franquicia <input type="checkbox"/> Daños a Tercero	
DATOS DEL ACCIDENTE			
FECHA	LUGAR	HORA	
DESCRIPCIÓN EXPLÍCITA Y DETALLADA DEL ACCIDENTE (Continuar al dorso, si fuera necesario):			
DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:			

DECLARO BAJO JÚRAMENTO O PROMESA que no he percibido otra ayuda por el mismo concepto, que son ciertos los datos anteriores y quedo enterado/a de las responsabilidades que me asigna la normativa reguladora en el caso de existencia de cualquier deformación de los hechos o falsedad consignada en la presenta solicitud o en la documentación aportada.

En a de de
(Firma del Solicitante)