



Sindicato
de Enfermería
Sede Estatal

NOTIFICACIÓN DE UN SINIESTRO

DATOS DE CONTACTO ASEGURADO/A

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DNI _____

Nº AFILIADO/A _____

PROVINCIA _____

TELÉFONOS DE CONTACTO _____

PREFERENCIA DE HORARIO DE CONTACTO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

**POR FAVOR, A CONTINUACIÓN HAGA UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS
(a cumplimentar por el asegurado/a)**

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma