

Contingència Professional (Accident de Treball o Malaltia Professional) **Contingència Comuna** (Accident No Laboral o Malaltia Comuna)**DADES DEL SOL.LICITANT**

Cognoms i nom o raó social N.I.F.

Número d'afiliació Codi Compte Cotització Règim

Domicili

Codi Postal Població Província

Telèfon Fax Correu electrònic

DADES DE LA DEVOLUCIÓ

Treballador N.I.F.

N.A.S.S. Per. des de Per. fins Import

Motiu devolució

DADES BANCÀRIES

Titular del compte N.I.F.

.....

Cód. compte corrent: - - -

DOCUMENTACIÓ QUE S'ACOMPANYA

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SEGELL, DATA I FIRMA

A,, a de de 20.....