



DECLARACIÓN

Nombre del Enfermero/a			
N° de colegiado		Especialidad	
Domicilio			
Teléfono		Fax	
E-mail			

Centro y Dirección donde ocurrió el incidente

--

Nombre del Contrario ☐ Paciente ☐ Familiar / Acompañante

--

DNI		N° de SIP	
-----	--	-----------	--

Descripción del incidente:

--

(Adjuntar folios aparte si es necesario, todo firmado por el declarante)

Desea iniciar denuncia judicial a través del Colegio: SI ☐ NO ☐

Firma:

Este parte, una vez rellenado y firmado debe presentarse en:

Registro del Centro donde se ha producido el incidente y copia sellada por el Centro a la Asesoría Jurídica del Colegio.