

FOLLA DE RECLAMACIÓN

DATOS DO COMUNICANTE		DATOS DO AFECTADO	
APELIDOS:		APELIDOS:	
NOME:	NACIONALIDADE:	NOME:	NACIONALIDADE:
TARXETA SANITARIA /DNI:		TARXETA SANITARIA /DNI:	
SEXO:	DATA DE NACEMENTO:	SEXO:	DATA DE NACEMENTO:
ENDEREZO:		ENDEREZO:	
C.P.:	LOCALIDADE/CONCELLO:	C.P.:	LOCALIDADE/CONCELLO:
PROVINCIA:	PAÍS:	PROVINCIA:	PAÍS:
TELÉFONO:	MOBIL:	TELÉFONO:	MOBIL:
INDICAR A RELACIÓN EXISTENTE CO INTERESADO:			
O Comunicante autoriza o uso destas canles para o envío de calquera tipo de notificación que se xere durante os trámites desta comunicación			
SMS:	CORREO ELECTRÓNICO:		
DATOS DA COMUNICACIÓN:			
DON/DONA: _____, o día _____ de _____ de 20__			
CENTRO OU SERVIZO AO QUE SE REFIRE A COMUNICACIÓN:			
DESEXO EXPOÑER:			
EN COMPOSTELA A _____ DE _____ DE 20__		Sinatura do comunicante	