

Datos del lesionado

Apellidos y nombre ⁽¹⁾

DNI ⁽¹⁾

Nº de expediente o Código Cuenta Cotización ⁽¹⁾

NAF

Autorizo por la presente al abono de la compensación por los gastos de transporte regulados por la orden tin/971/2009 y la resolución de 21-10-2009 referidos al desplazamiento de fecha ⁽¹⁾

a:

Datos del representante

Apellidos y nombre / Razón social ⁽¹⁾

DNI / CIF ⁽¹⁾

Relación con el lesionado ⁽²⁾

Fecha ⁽¹⁾

Firma lesionado:

Firma representante:

⁽¹⁾ Campos obligatorios a cumplimentar

⁽²⁾ Grado de parentesco, taxista u otros