



Formulario de Reclamación

Nombre: _____

Apellidos: _____

Especialidad: _____

Dirección postal: _____

Centro de trabajo: _____

Fecha 1ª dosis: _____

Sin contagio¹

Contagio²

Ámbito laboral:

Cuenta ajena³:

Cuenta propia⁴:

Firmado:

¹ Acreditación de la primera vacunación.

² Parte baja y alta de la incapacidad laboral (desde el 08/01/21 hasta 1º vacunación prevista); nóminas antes, durante y después; parte del ingreso hospitalario si se produjo.

³ Contrato de trabajo o nóminas que acrediten el periodo contractual

⁴ Alta en el Régimen especial de autónomos o Alternativa legal (Mutual Médica), acreditar las pérdidas económicas mediante facturas.