

DECLARACIÓN DE INCIDENTE

Nombre del Médico

Nº de Colegiado

Especialidad:

Domicilio

Teléfonos

E-Mail

Fecha, centro y dirección donde ocurrió el incidente:

Datos del Paciente o Acompañante (Nombre y apellidos, SIP, domicilio).

Descripción del incidente:

(Adjuntar folios aparte si fuera necesario, todos firmados por el Declarante)

Deseo consultar con el Departamento Jurídico la posibilidad de iniciar denuncia judicial gratuita a través del Colegio

SI NO

Firma: