



## FORMULARIO ALTA BOLSA PERITOS

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS PROVINCIA DE ALICANTE

Nombre\*:

Primer apellido\*:

Segundo apellido\*:

DNI:

Especialidad:

Valoración del daño corporal:

Sí

No

Teléfono:

Fax:

Móvil:

E-Mail\*:

---

DOMICILIO\*

Tipo de vía\*:

Nombre de la vía\*:

Número:

Piso:

Puerta:

CP:

Provincia:

Municipio:

---

### Asignaciones a partidos judiciales

Seleccione las zonas en las que quiere actuar y el tipo de actuación. Marcar al menos una opción.

	Justicia ordinaria	Justicia gratuita
Alcoy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alicante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benidorm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novelda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orihuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
San Vicente del Raspeig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torrevieja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Villajoyosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Villena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>