



## DECLARACIÓN DE INCIDENTE

Nombre del Médico	<input type="text"/>		
Nº de Colegiado	<input type="text"/>	Especialidad:	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Teléfonos	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		

- Centro y dirección donde ocurrió el incidente:

---

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

---

Descripción del Incidente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

(Adjuntar folios aparte si es 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: