

SOLICITUD DE PRESTACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN EMPRESARIAL DE PAGO DELEGADO.

DATOS DEL SOLICITANTE:

- APELLIDO 1: _____
- APELLIDO 2: _____
- NOMBRE: _____
- DNI/NIE: _____
- FECHA DE BAJA: _____

DATOS DE LA EMPRESA:

- NOMBRE: _____
- TELEFONO: _____
- PERSONA DE CONTACTO: _____

SOLICITO:

Abono de la prestación desde _____

En, a de 2.....

Firma del interesado.