



CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE ENFERMERIA (C.A.E.)

SOLICITUD DE PRESTACION SOCIAL POR DEFUNCIÓN

NOMBRE DEL FALLECIDO/A _____

COLEGIADO/A N.º _____ FECHA DE ALTA _____

FECHA DE DEFUNCIÓN _____

BENEFICIARIO

D. D.ª _____

RELACIÓN CON EL FINADO _____

DOMICILIO _____

D.N.I. _____ TELEFONO _____

FECHA DE PETICION _____

Recordando que según el apartado B, punto tercero de las bases que este Consejo Andaluz tiene establecidas, se habrá de presentar la solicitud dentro de los seis meses siguientes al devengo del fallecimiento.

SOLICITA

Que reuniendo los requisitos exigidos para optar a la prestación anteriormente citada, se le conceda, para lo cual adjunta los documentos correspondientes a la misma,

FIRMA