



CONSEJO ANDALUZ
DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA

SOLICITUD DE PRESTACIÓN SOCIAL C.A.E.

D/D^a _____

COLEGIADO/A N.º _____ FECHA DE ALTA _____

D.N.I. _____ TELÉFONO _____

E-MAIL _____

TIPO DE PRESTACIÓN SOLICITADA _____

FECHA DE NACIMIENTO/MATRIMONIO _____

FECHA DE PETICIÓN _____

NUM. DE CUENTA BANCARIA EN LA QUE EL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERÍA
REALIZARÁ EL ABONO DE LA PRESTACIÓN SOCIAL:

CCC: _____

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

SOLICITA

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

FIRMA