

**A LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN \_\_\_\_\_**

<b>DATOS DE LA PERSONA DENUNCIANTE</b>						
N.I.F./C.I.F. / NIE		NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE			NÚMERO	PISO	ESCALERA	PUERTA
MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)			TELÉFONO FIJO (opcional)		TELÉFONO MÓVIL (opcional)	

<b>DATOS DE LA PARTE DENUNCIADA</b>				
N.I.F./C.I.F. / NIE		RAZÓN SOCIAL		
B83409797		DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTÉTICA DENTAL SL		
DIRECCIÓN DEL CENTRO		MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD
COMUNIDAD AUTÓNOMA		CORREO ELECTRÓNICO (opcional)		
ANDALUCÍA				
TELEFONO FIJO (opcional)		TELEFONO MÓVIL (opcional)		

**DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:**

**FECHA Y LUGAR DE LOS HECHOS:**

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:**

---

---

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_