Inscrita en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social núm. 6.763, el día 9 de febrero de 1996. C.I.F.: G-87048666

A LA DIRECCIÓN DE LA MUTUA…….

Madrid,….de……..de 201….

D./Dña. …… con DNI nº …….....

Y con domicilio en……, trabajador/a de la empresa…….asociada e esta Mutua,

EXPONGO

Que no estando conforme con….(Detallar los hechos con los que no se está de acuerdo- derivación a la seguridad social , alta médica emitida, tratamiento médico…) ……

MOTIVOS DEL DESACUERDO

…..motivos por los que no se está de acuerdo con los hechos ocurridos -

Por todo ello

SOLICITO

Que se proceda a…… (anulación del alta emitida, que se considere la dolencia como enfermedad profesional , etc….)