



ASOCIACIÓN DE EXAMINADORES DE TRÁFICO



C/ Butrón, 2, 2º, D – 41003 SEVILLA
Telf. 677457928 - asextba@hotmial.com

PARTE DE ACCIDENTE

(Enviar al Secretario, por correo electrónico, antes de 5 días)

J.P.T.	Centro exámenes:	Fecha:	Hora:
Vía:	Población:		

FUNCIONARIO	Examinador ()	Examinador-coordinador ()
Apellido 1:	Apellido 2:	Nombre:
D.N.I. nº:	Telf.:	E-mail:
Domicilio:		
Municipio:	Provincia:	CP:

AUTOESCUELA	Nombre:	Número:
Profesor:	Conductor:	

VEHÍCULO	Matrícula:	Marca y modelo:
-----------------	------------	-----------------

VEHÍCULO CONTRARIO	Sí ()	No ()
Conductor:	Permiso cond. (clase/nº):	
Titular:	Matrícula:	Marca y modelo:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

--

DAÑOS MATERIALES Sí () No ()	LESIONES Sí () No ()	Ver el dorso ->
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia del documento donde aparezca el número de cuenta (C.C.C.) para hacer el pago
- Informe médico
- Parte de baja
- Parte/s de confirmación, de ser el caso
- Parte de alta (una vez producida la misma)

Firmado:

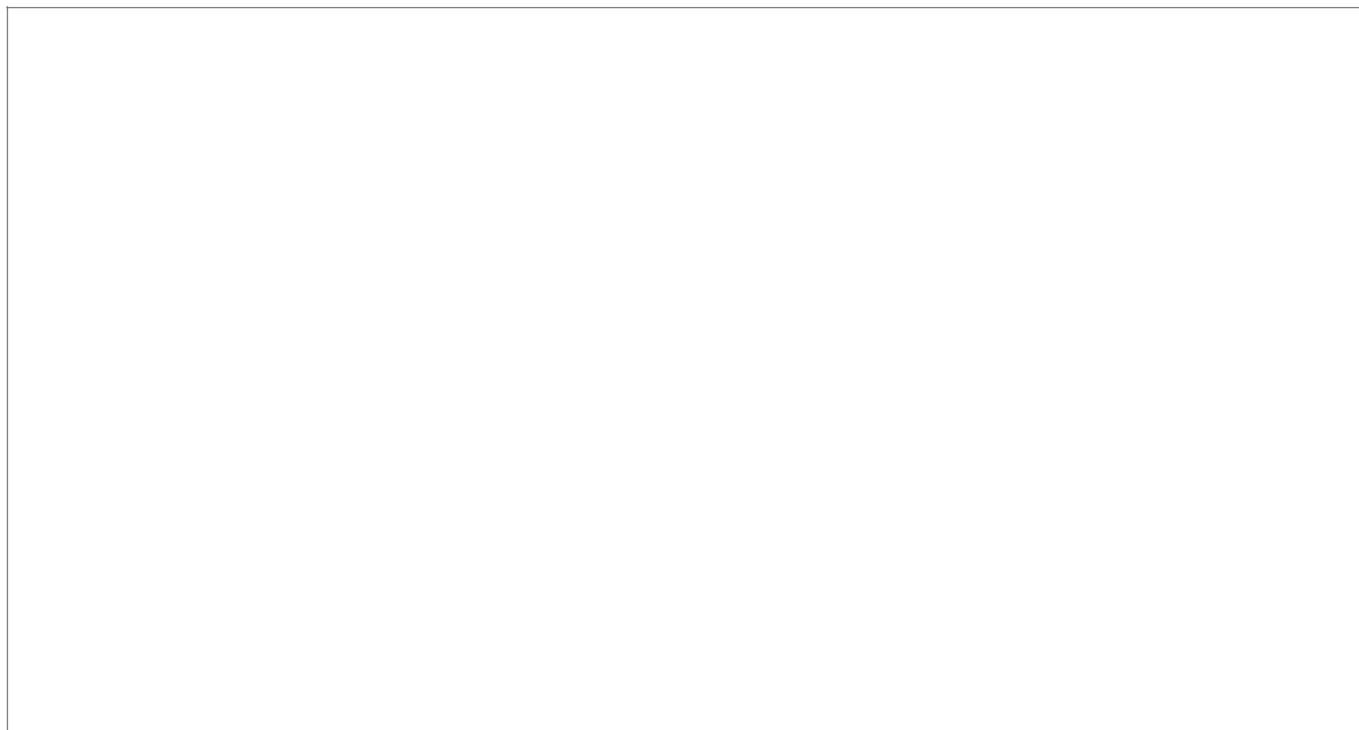
En caso de existir lesiones, indicarlas:

Nombre y apellidos:

Situación del vehículo:

Descripción:

CROQUIS DE SITUACIÓN DEL ACCIDENTE



Observaciones: