



Comunidad  
de Madrid

EMPRESA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 478

Plaza del Conde del Valle de Súchil, 20, 1ª Planta

28015 Madrid – Teléfono: 900 70 50 60

## ANEXO – Relación de desplazamientos

Orden TIN/971/2009 de 16 de abril y Resolución de 21 de octubre de 2009; BOE nº 266 de 4 de noviembre

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE
-----------------	------------------	--------	---------

Fecha	Origen del trayecto	Destino del trayecto	Centro asistencial <sup>1</sup>	Medio de transporte <sup>2</sup>	Importe <sup>3</sup>

Puede continuar a la vuelta de página y utilizar tantas hojas como sea necesario

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA

Fdo.:

<sup>1</sup> Se deberá acreditar con **certificación** del centro asistencial al que se ha acudido.

<sup>2</sup> Señalar medio de transporte: Colectivo = **C.** - Taxi = **T.** - Vehículo propio = **V. P.**

<sup>3</sup> Indicar importe solamente en caso de que el medio utilizado sea taxi o transporte colectivo.

