

ANNEX I / ANEXO I

SOL·LICITUD DE RECLAMACIÓ DE DANYS I PERJUDICIS PER RESPONSABILITAT PATRIMONIAL DE L'ADMINISTRACIÓ
SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN

Sr. / Sra. _____ **amb DNI** _____
D. / Dña. _____ *con DNI* _____
i domicili a _____ **C/** _____ **CP** _____
y domicilio en _____ *C/* _____ *C.P.* _____
en el seu propi nom o en representació d _____
en su propio nombre o, en su caso, en representación de _____

EXPOSE / EXPONE:

1. El dia ____ / ____ / ____, **a l'hora** _____ **i al lloc** _____
El día _____, *a la hora* _____ *y en el lugar* _____

_____ **van ocórrer els següents fets:**
ocurrieron los siguientes hechos:

2. Com a conseqüència d'aquesta feta se m'han ocasionat els següents danys o lesions: _____
Como consecuencia de tales hechos se le han ocasionado los siguientes daño o lesiones: _____

3. **Valore aquests danys en** _____ **euros**
Valora tales daños en _____

No puc valorar en aquest moment la quantia dels danys, que comunicaré a l'administració posteriorment
No puede valorar en este momento la cuantía de los daños, que comunicará a la Administración posteriormente
(Assenyaleu amb una X allò que pertoque) / (Señalar con una X lo que proceda)

4. Sol·licite la pràctica de les següents proves: _____
Solicita la práctica de las siguientes pruebas: _____

5. Adjunte la documentació indicada tot seguit:
Adjunta la documentación que seguidamente indica:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocòpia del DNI
<i>Fotocopia del DNI</i> | <input type="checkbox"/> Fotocòpia compulsada del llibre de família (si és procedent)
<i>Fotocopia compulsada del libro de Familia (si procede)</i> |
| <input type="checkbox"/> Factures originals amb NIF (nre. de factures): _____
<i>Facturas originales con NIF (N.º de facturas):</i> _____ | <input type="checkbox"/> Certificats mèdics (nre. de certificats): _____
<i>Certificados médicos (N.º de certificados):</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Comunicat de baixa/alta mèdica
<i>Parte de baja/alta médica</i> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Per tot això / Por lo expuesto

SOL·LICITE: / SOLICITA:

Que d'acord amb el Reial Decret 429/1993, de 26 de març, pel qual s'aprova el Reglament dels Procediments de les Administracions Públiques en matèria de Responsabilitat Patrimonial, s'inicié l'expedient perquè em siga abonada la indemnització corresponent.

Que con arreglo al Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, se inicie expediente para que se le abone la indemnización correspondiente.

_____ d _____ de _____

Firma del/la sol·licitant / Firma del/la solicitante