

TRABAJADOR COSTERO
FORMULARIO PARA EL REEMBOLSO DE LAS MILLAS

Nombre: _____

Número del Reclamo: _____

Fecha	De: Nombre y Dirección	A: Nombre del Proveedor y Dirección	Millas del Viaje Ida y Vuelta
Total de Millas			

Certifico que la declaración de las millas arriba mencionadas es una descripción exacta de mis viajes relacionados con mi dolencia (o enfermedad) para la compensación como trabajador.

Firma _____

Fecha _____