

## BENEFICIARIO PLAN FAMILIA

<b>FECHA DE CONTACTO</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR</b>	
<b>DNI TRABAJADOR</b>	
<b>EMPRESA</b>	
<b>DELEGACIÓN-OFICINA</b>	
<b>TELÉFONO CONTACTO</b>	
<b>PARENTESCO Y EDAD</b>	
<b>DISCAPACIDAD Y GRADO DE MINUSVALIA</b>	
<b>COMPROBADO RRHH (Sí/No)</b>	
<b>FECHA ENTREVISTA</b>	
<b>DELEGACIÓN ENTREVISTA</b>	
<b>TÉCNICO RESPONSABLE</b>	

<b>OBSERVACIONES</b>