

PARTE DE TRABAJO	
DATOS PROVEEDOR	DATOS EXPEDIENTE
PROVEEDOR:  CIF:  NOMBRE DEL OPERARIO:  FECHA VISITA: ____ / ____ / ____  HORA DE ENTRADA: ____ HORA SALIDA: ____	NOMBRE:  APELLIDOS:  DIRECCIÓN:  LOCALIDAD:  ASEGURADO <input type="checkbox"/> PERJUDICADO <input type="checkbox"/>

GREMIO QUE INTERVIENE	EXPEDIENTE Nº
<input type="checkbox"/> FONTANERO <input type="checkbox"/> ALBAÑIL <input type="checkbox"/> PINTOR <input type="checkbox"/> CARPINTERO <input type="checkbox"/> PARQUETISTA <input type="checkbox"/> ELECTRICISTA <input type="checkbox"/> CERRAJERO <input type="checkbox"/> PERSIANERO <input type="checkbox"/> CRISTALERO <input type="checkbox"/> ANTENISTA <input type="checkbox"/> SERVICIO TÉCNICO <input type="checkbox"/> OTROS _____	

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS REALIZADOS
<input type="checkbox"/> Trabajos realizados en asegurado <input type="checkbox"/> Trabajos realizados en perjudicado
*Especificar piso y letra
_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Existen anomalías en la vivienda que afecten al trabajo del operario?    ☐ SÍ    ☐ NO

Descripción

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS PENDIENTES
<input type="checkbox"/> En vivienda asegurada <input type="checkbox"/> En vivienda perjudicada
*Especificar piso y letra
_____
_____
_____

Relación que guarda con el asegurado o perjudicado: _____	Nombre y Apellidos: _____
Observaciones:	
De conformidad al artículo 91.2.10º de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del impuesto sobre el Valor Añadido, indique si la renovación/repación realizada en su vivienda cumple con los siguientes requisitos:	
1) Que como destinatario de la renovación y/o reparación de su vivienda, usted no actúa como empresario o profesional <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
2) Que utiliza la vivienda para uso particular <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
3) Que la construcción o rehabilitación de la vivienda donde se realizan las obras concluyó dos años antes del inicio de las presentes obras <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SOLICITO que se remita a mi compañía aseguradora una copia de la factura que detalla las obras y servicios que he requerido y de los que he sido destinatario/a, para que se encargue de abonar su importe por mi cuenta.	
Observaciones:	

Con la firma del presente documento, doy mi conformidad a la totalidad de los datos que en él se recogen:

FIRMA:  DNI:	FIRMA DEL OPERARIO:
--------------------	---------------------