

OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO DE GUARDIA:

D/D<sup>a</sup>.....médico  
o enfermero/a colegiado en .....con el nº.....  
con ejercicio profesional en (centro de trabajo).....  
.....  
situado en (calle,avenida,...).....  
de (localidad).....

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las.....horas, he prestado  
atención sanitaria en (centro sanitario).....  
.....  
al/la menor.....  
con D.N.I./N.I.E./nº Pasaporte.....  
de.....años de edad, con domicilio en (calle,avenida...).....  
.....nº.....código postal  
.....en (municipio).....  
de (provincia).....con teléfono.....  
y le REMITE el parte de lesiones<sup>1</sup> por presuntos malos tratos que se acompaña.

Fecha y firma

ILMO./A. SR./A. JUEZ DE GUARDIA DE.....

---

<sup>1</sup> Ver hoja de notificación de situaciones de maltrato infantil

