

5 En virtud del Art. 8 del Convenio Adicional, el trabajador indicado en el recuadro 1 y sus familiares, tienen derecho a prestaciones de asistencia sanitaria durante el período de tiempo indicado en recuadro 4.

6 **INSTITUCIÓN DEL ESTADO A CUYA LEGISLACIÓN QUEDA SOMETIDO EL TRABAJADOR**

6.1 Denominación

6.2 Dirección (2)

6.3 Sello

6.4 Fecha

6.5 Firma

INSTRUCCIONES

El presente formulario deberá cumplimentarse a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

- (1) Para los nacionales españoles indicar siempre el número del Documento Nacional de Identidad (DNI). En caso de no poseerlo, indicar expresamente: "no tiene".
- (2) Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.
- (3) Señalar con una cruz el recuadro que proceda.