

VOLANTE / SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A TRABAJADOR/A

EMPRESA	Razón Social	Código Cuenta Cotización
	Domicilio	Municipio
	Centro de Trabajo	
	Dependencias	


ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA A EL/LA TRABAJADOR/A DE ESTA EMPRESA

TRABAJADOR/A	Nombre y apellidos trabajador/a accidentado/a	D.N.I.
	Domicilio trabajador/a	Municipio

Que ha sufrido UN ACCIDENTE DE TRABAJO a las _____ del día _____
 cuando realizaba las tareas: _____ hora del accidente _____ fecha del accidente

Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente, y naturaleza de las lesiones

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA:

MUTUA			
		Municipio:	Teléfono:

ESPACIO RESERVADO PARA CENTROS CONCERTADOS

Nombre del Centro Concertado:	Teléfono:
Domicilio del Centro Concertado:	Municipio: