

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 descripción del accidente:

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA:

|       |                                                                                                                                                        |            |           |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| MUTUA | <br><small>Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72</small> |            |           |
|       |                                                                                                                                                        | Municipio: | Teléfono: |

ESPACIO RESERVADO PARA CENTROS CONCERTADOS

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