

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 _____
hora del accidente fecha del accidente

Descripción del accidente:

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA:

MUTUA			
		Municipio:	Teléfono:

ESPACIO RESERVADO PARA CENTROS CONCERTADOS

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