



## **PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE**

*Rogamos preste asistencia Sanitaria al Trabajador*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO	N.º AFILIACIÓN S/S
DOMICILIO TRABAJADOR	LOCALIDAD

### DE LA EMPRESA

EMPRESA	N.º S/S
DOMICILIO	MUNICIPIO

*Que ha sufrido un accidente de Trabajo a las*

HORA DEL DÍA	<i>Horas del día</i>	FECHA ACCIDENTE
TAREA QUE REALIZABA Y NATURALEZA DE LAS LESIONES		

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA.