



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.