



Empresa
NIF
CCC

Domicilio	Tel.	Localidad
-----------	------	-----------

Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador de esta empresa:

Nombre y apellidos	NIF	
Domicilio	Tel.	Localidad

Que ha sufrido un accidente de trabajo

Lugar y fecha

Fecha del accidente	Hora del Accidente
---------------------	--------------------

Tareas que realizaba al sufrir el accidente

Firma y sello de la empresa

IMPORTANTE: Rogamos que este volante sea unido a la factura o minuta de gastos por el Centro Asistencial o Facultativo que preste la asistencia.