

## VOLANTE DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador de esta Empresa cuyos datos se indican:

*Empresa:*

*Centro de Trabajo:*

*Teléfono:*

*E-mail:*

*Trabajador:*

*Fecha del suceso:*

*Hora:*

Descripción de los hechos ocurridos que motivaron la asistencia y fecha en que sucedieron:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*(Firma y sello de la empresa)*

La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone reconocimiento de accidente de trabajo. En el caso de emitirse baja médica por accidente de trabajo, la empresa deberá tramitar el parte de accidente dentro de los 5 días siguientes a la fecha de baja.

Advertencia: A los efectos del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, el accidentado está obligado a observar las prescripciones de los facultativos, debiendo presentarse a curación el día y hora que se le señale.