

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 _____
cuando realizaba las tareas: hora del accidente fecha del accidente

Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente, y naturaleza de las lesiones

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA:

MUTUA	 Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 72	HOSPITAL LABORAL C/ San Pedro el Verde, 35	
		Municipio: TOLEDO	Teléfono: 925.21.52.67

ESPACIO RESERVADO PARA CENTROS CONCERTADOS

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