

Empresa	Número de afiliación Seguros Sociales /
Domicilio	Municipio

Rogamos preste Asistencia Sanitaria al Trabajador de esta Empresa:

Nombre y apellidos del trabajador accidentado	Número de Afiliación del trabajador en Seguros Sociales /
Domicilio del trabajador	Localidad

Que ha sufrido un ACCIDENTE DE TRABAJO a las

Horas	Horas del día	Fecha del Accidente /	Quando realizaba las tareas
-------	---------------	--------------------------------------	-----------------------------

Tareas que realizaba en el Centro de Trabajo al sufrir el accidente.
Naturaleza de las lesiones

A efectos del REGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO esta Empresa está incluida en el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

REA o R. G. (Táchese lo que no proceda)	Provincia
--	-----------

En a de de 19
(Firma y sello de la Empresa)

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE	
SERVICIOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Entidad Sanitaria o médico a quien se cursa el Parte