

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	Entidad Sanitaria o médico a quien se cursa el Parte .....
SERVICIOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	