

VOLANT DE SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA PER ACCIDENT DE TREBALL

T. 902 333 276

Sol·licitem que prestin assistència sanitària al treballador/a d'aquesta empresa de la qual s'indiquen les dades:

Empresa _____

Codi compte cotització (CCC) _____ Tel. _____

Carrer _____ Població _____

Treballador/a _____

Carrer _____ Població _____

D.N.I. _____ Núm. Afiliació S.S. _____ Tel. _____

Data de l'accident _____ Hora _____

Manera en què s'ha produït l'accident _____

..... a de de 20.....

Signatura i segell de l'empresa

L'empresa que subscriu aquest document queda obligada a la transmissió electrònica del COMUNICAT D'ACCIDENT dins dels CINC DIES següents a la data d'accident si causa baixa mèdica.