



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO

ATENCIÓN: Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1.- DATOS DE LA EMPRESA

Denominación de la empresa		Código de cuenta de cotización				
Domicilio: (calle, plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia			
País	Apartado de correos		Teléfono			
Correo electrónico						

2.- TRABAJADOR QUE PRECISA ASISTENCIA SANITARIA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
DNI-NIE-Pasaporte	Domicilio habitual: (calle, plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Nº. de Seguridad Social	Código postal	Localidad					
Provincia	País	Apartado de correos		Teléfono			
Teléfono móvil	Correo electrónico						

3.- DATOS DEL ACCIDENTE

El trabajador citado ha sufrido un accidente de trabajo a las horas del día cuando realizaba las tareas:

Indicar las tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente

Esta empresa tiene protegidas las contingencias profesionales con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

..... a de de 20

Firma de la empresa,

SR/A. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE

NOTA: Esta solicitud/comunicación va a ser tratada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en este formulario serán incorporados y tratados en un fichero informático bajo custodia de la Dirección General/Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados en dicho fichero ante la Dirección Provincial del INSS o ante un Centro de Atención e Información del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14)