

## BOLETÍN DE ASISTENCIA MÉDICA

DATOS DEL TRABAJADOR				
1º Apellido	2º Apellido	Nombre	Nº D.N.I.	Nº Afiliación S.S.
DOMICILIO (Calle o plaza y nº)			LOCALIDAD	D. POSTAL
DATOS DE LA EMPRESA				
Denominación Social		C.I.F.	Nº INSCRIPCIÓN A LA S.S.	
DOMICILIO (Calle o plaza y nº)		LOCALIDAD	D. POSTAL	PROVINCIA
DATOS DEL ACCIDENTE				
Fecha de A.T. o E.P.		Hora del día (1 a 24 h.)		Hora de trabajo del Accidente (1ª, 2ª, etc.)
TAREA QUE REALIZABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE				
FECHA DE INGRESO EN LA EMPRESA		DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN		

Dando MI CONFORMIDAD a lo sucedido, se ruega la prestación de los cuidados necesarios a la mayor brevedad, comunicándonos esta asistencia al objeto de iniciar los trámites oportunos.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Firma y sello de la Empresa)

(SERÁ NECESARIA LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS PARA LA ACEPTACIÓN DEL BOLETÍN)

Fdo. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

En calidad de (cargo que ocupa) \_\_\_\_\_