

# SOLICITUD DE ASISTENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO



Empresa

N.º de Seguridad Social

Rogamos se preste asistencia médica al trabajador

Nombre y apellidos

N.º de Afiliación S. Social

que ha sufrido un accidente de trabajo

Día, Mes, Año

Hora

cuando realizaba las siguientes tareas

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por la Empresa  
(Firma y sello)