

# VOLANTE / SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A TRABAJADOR/A

|         |                   |                          |
|---------|-------------------|--------------------------|
| EMPRESA | Razón Social      | Código Cuenta Cotización |
|         | Domicilio         | Municipio                |
|         | Centro de Trabajo |                          |
|         | Dependencias      |                          |

ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA A EL/LA TRABAJADOR/A DE ESTA EMPRESA

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| TRABAJADOR/A | Nombre y apellidos trabajador/a accidentado/a | D.N.I.    |
|              | Domicilio trabajador/a                        | Municipio |

Que ha sufrido UN ACCIDENTE DE TRABAJO a las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_  
 cuando realizaba las tareas: \_\_\_\_\_ hora del accidente \_\_\_\_\_ fecha del accidente


Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente, y naturaleza de las lesiones

---



---

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA:

|       |   |  |                           |
|-------|---|--|---------------------------|
| MUTUA | <br><small>Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 22</small> | HOSPITAL LABORAL C/ San Pedro el Verde, 35 |                           |
|       |   | Municipio:<br>TOLEDO                       | Teléfono:<br>925.21.52.67 |

ESPACIO RESERVADO PARA CENTROS CONCERTADOS

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Nombre del Centro Concertado:    | Teléfono:  |
| Domicilio del Centro Concertado: | Municipio: |