



VOLANTE DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador de esta Empresa cuyos datos se indican:

Empresa: _____

Centro de Trabajo: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Trabajador: _____

Fecha del suceso: _____ Hora: _____

Horario jornada laboral: Hora de entrada: _____ Hora de salida: _____

Descripción de los hechos ocurridos que motivaron la asistencia y fecha en que sucedieron:

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma y sello de la empresa)

La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone reconocimiento de accidente de trabajo. En el caso de emitirse baja médica por accidente de trabajo, la empresa deberá tramitar el parte de accidente dentro de los 5 días siguientes a la fecha de baja.

Advertencia: A los efectos del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, el accidentado está obligado a observar las prescripciones de los facultativos, debiendo presentarse a curación el día y hora que se le señale.