

**Volante de asistencia**

Razón social empresa	
Nombre y apellidos persona cumplimenta volante	
Cargo en la empresa persona cumplimenta volante	
NIF	Código Cuenta Cotización
Dirección	
Teléfono de contacto	Localidad/Código Postal /Provincia

**Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador de esta empresa**

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Dirección		Código Postal

**Que ha sufrido un accidente de trabajo**

Tareas que realizaba al sufrir el accidente	Fecha del accidente	Hora del accidente

**IMPORTANTE:** Rogamos que este volante sea unido a la factura o minuta de gastos por el Centro Asistencial o Facultativo que preste la asistencia

Firma y sello de la empresa

En [ ] de [ ] e [ ]