

SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA MÈDICA

Dades del centre de treball (a emplenar pel cap o pel representant de l'empresa)

Empresa: _____ NIF: _____

Centre de treball: _____ CCC: _____

Telèfon _____

Dades del treballador (a emplenar pel cap o pel representant de l'empresa)

Nom i cognoms: _____

DNI: _____ Lloc de treball _____

Telèfon _____

MARQUEU AMB UNA X EL QUE CORRESPONGUI:

El responsable de l'empresa o un company ha vist directament l'incident.

El treballador indica que ha patit un INCIDENT que l'empresa no ha pogut contrastar.

Descripció de l'INCIDENT (a emplenar pel cap o pel representant de l'empresa)

Data de l'INCIDENT: _____ Hora de l'INCIDENT: _____

Lloc exacte: _____

Com es va produir l'Incident – **Descripció detallada:**

Indiqueu el nom dels testimonis i els DNI, si n'hi ha: _____

Dades del cap o del representant de l'empresa que emplena el volant

Nom i cognoms: _____

DNI: _____

Signatura i segell:

Data:

L'emissió d'aquesta sol·licitud d'assistència sanitària no suposa el reconeixement de la contingència professional per part d'aquesta mútua.

Es recomana que l'empresa guardi una còpia d'aquest document.