



SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

Datos del centro de Trabajo (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Empresa: _____ NIF: _____

Centro de Trabajo: _____ CCC: _____

Teléfono: _____

Datos del Trabajador (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Puesto de Trabajo _____

Teléfono: _____

MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA:

El suceso ha sido observado directamente por el responsable de la empresa u otro compañero.

El trabajador refiere haber sufrido un SUCESO que no ha podido ser contrastado por la empresa.

Descripción del SUCESO (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Fecha SUCESO: _____ Hora SUCESO: _____

Lugar exacto: _____

Forma en que se produjo el Suceso – Descripción detallada:

Indique el nombre de los testigos y DNI, si los hubiera: _____

Datos del responsable o representante de la Empresa que cumplimenta el volante

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Firma y sello:

Fecha:

/ D H P L V L y Q G H H V W D V R O L F L W X G G H D V L V W H Q F L D V D Q L W D U L D Q R V X S R Q H H O U H F R Q R F

Información detallada sobre protección de datos Responsable del tratamiento: Mutua Midat Cyclops Mutua Colaboradora con la Seguridad Social n.º M. Finalidad y legitimidad del tratamiento: cumplimiento de las actividades encomendadas como entidad colaboradora con la Seguridad Social en orden a la tramitación de dicha solicitud conforme a la legislación vigente en estos datos no podrá realizarse dicha tramitación. Destinatarios de los datos: los datos no serán objeto de cesión a terceros a menos que el sujeto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social o en su caso a la Dirección General de Inspección de Trabajo y Seguridad Social para comprobar la información facilitada además de los supuestos de actuación e presa del interesado o en virtud de la aplicación de la ley o lo ampare la o de conser los datos: el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridad Social ejercicio de derechos: puede acceder rectificar oprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a Mutua Mutua para identificación a da osep arradellas barcelona o al correo electrónico del Delegado de Protección Datos dpdatosmc mcmtalcom

ambien tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos. Información: mcmtalcom protecciondedatos