

Parte de asistencia sanitaria

Accidente de trabajo.....
Enfermedad profesional.....

Empresa		Código cuenta cotización
Trabajador		
N.º Afil.	D.N.I.	Tarea
Fecha accidente ____/____/____	Hora accidente	Fecha Probable de E.P. ____/____/____
OBSERVACIONES (circunstancias del accidente o lesión) / o datos de la posible E.P.		

LA EMPRESA

MUTUALIA
Mutua de Accidentes de Trabajo y
Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 2

Fecha Solicitud asistencia

____/____/____

Les informamos que los datos recogidos serán tratados conforme a los requisitos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.