

Empresa:	Número de patronal:
Domicilio:	

Solicitamos que lle preste asistencia ao/á traballadora desta empresa

Nome e apelidos do/a traballador/a accidentado/a:	DNI
Domicilio do/ traballador/a:	N.º de afiliación á Seguridade Social:

que sufriu un accidente de traballo ás

Hora:	Horas do día	Data do accidente:
Descrición do accidente		

Sinatura e selo da empresa

NOTA

Este documento non equivale nin substitúe o parte de accidente aprobado pola Orde ministerial do 16/12/87 (BOE do 29/12).

No suposto de se producir a baixa laboral, a empresa dispón de cinco días hábiles para presentar o parte oficial nas oficinas de FREMAP.

A presentación deste documento en servizos médicos distintos dos de FREMAP non implica que a mutua asuma o custo da asistencia prestada.