



ASEPEYO

Empresa _____

Nº CCC (código cuenta cotización) _____ / _____

Rogamos presten asistencia al trabajador/a de esta empresa

Nombre y apellidos _____

Nº afiliación S.S. _____ / _____ / _____ Nº DNI _____

quien ha sufrido un incidente, a las _____ horas del día _____,

en _____

de la siguiente forma _____

De acuerdo con las vigentes disposiciones legales, en caso de accidente de trabajo se cumplimentará:

- Si causa baja, el parte de accidente dentro de los cinco días siguientes a la fecha de baja.
- Si no causa baja, se incluirá en la relación de casos sin baja del mes siguiente al de la asistencia.

_____, de _____ de _____

(Firma y sello de la empresa)