



ASEPEYO

Empresa _____

Núm. CCC (codi compte cotització) _____ / _____

Us demanem que assistiu el treballador/a d'aquesta empresa

Nom i cognoms _____

Núm. afiliació SS _____ / _____ / _____ DNI/NIE _____

que ha sofert un accident de treball el dia _____ , a les _____ h,

a _____

de la forma següent _____

En cas de ser baixa mèdica, formalitzarem en els pròxims cinc dies el corresponent comunicat d'accident, d'acord amb les disposicions legals vigents.

_____ de/d' _____ de _____

(Signatura i segell de l'empresa)