



Comunidad de Madrid

UNIDAD DE PRESTACIONES ASISTENCIALES  
Silva,1



**PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE**

Empresa:	/	Nº inscripción a la S.S.:
Domicilio:		Localidad:

**ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA:**

Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	Nº afiliación Seguridad Social:
Domicilio del trabajador:	Localidad:

**QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A LAS:**

Hora:	<b>HORAS DEL DÍA</b>	Fecha del accidente	<b>CUANDO REALIZABA LAS TAREAS</b>
Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente			
Naturaleza de las lesiones:			

A efectos del **RÉGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO** esta empresa esta incluida en:

<b>U.P.A.M.</b>	Provincia:
-----------------	------------

Lugar y fecha:

(Firma y sello de la empresa)

<b>Servicios Sanitarios de la Seguridad Social</b>	Entidad sanitaria o médico a quien se cursa el Parte:
--	---

P. 005