

PARTE MÉDICO SIN BAJA POR:

(Póngase una X en el recuadro correspondiente)

N.º EXP.

ACC. DE TRABAJO
ENF. PROFESIONAL
PERIODO OBS.ENF. PROF.

DATOS TRABAJADOR/A

1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	N.º de DNI
--------------	--------------	--------	------------

DATOS EMPRESA

Nombre o razón social		N.º de inscripción en la S.S.
Fecha de A.T. o E.P.	Hora	Forma como se produjo el accidente

DIAGNÓSTICO

Médico/a (nombre y apellidos)	Firma médico/a	Fecha de asistencia						
N.º de colegiado/a	Localidad	<table border="1"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO						

Recordamos: que en el caso de accidente de trabajo deberá incluirse en la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica. Con la mencionada relación deberán incluirse todos los accidentes de trabajo que no causen baja, debiéndola remitir a la Mutua en el plazo de 5 días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos. (OM 16/12/87).

Ejemplar para trabajador/a

PARTE MÉDICO SIN BAJA POR:

(Póngase una X en el recuadro correspondiente)

N.º EXP.

ACC. DE TRABAJO

ENF. PROFESIONAL

PERIODO OBS.ENF. PROF.

DATOS TRABAJADOR/A

1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	N.º de DNI
--------------	--------------	--------	------------

DATOS EMPRESA

Nombre o razón social	N.º de inscripción en la S.S.	
Fecha de A.T. o E.P.	Hora	Forma como se produjo el accidente

DIAGNÓSTICO

Médico/a (nombre y apellidos)		Firma médico/a	Fecha de asistencia							
N.º de colegiado/a			<table border="1"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DÍA	MES	AÑO		
DÍA	MES	AÑO								
Localidad										

Recordamos: que en el caso de accidente de trabajo deberá incluirse en la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica. Con la mencionada relación deberán incluirse todos los accidentes de trabajo que no causen baja, debiéndola remitir a la Mutua en el plazo de 5 días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos. (OM 16/12/87).

Ejemplar para la empresa

PARTE MÉDICO SIN BAJA POR:

(Póngase una X en el recuadro correspondiente)

N.º EXP.

ACC. DE TRABAJO

ENF. PROFESIONAL

PERIODO OBS.ENF. PROF.

DATOS TRABAJADOR/A

1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	N.º de DNI
--------------	--------------	--------	------------

DATOS EMPRESA

Nombre o razón social	N.º de inscripción en la S.S.	
Fecha de A.T. o E.P.	Hora	Forma como se produjo el accidente

DIAGNÓSTICO

Médico/a (nombre y apellidos)		Firma médico/a	Fecha de asistencia		
N.º de colegiado/a	Localidad		DÍA	MES	AÑO

Recordamos: que en el caso de accidente de trabajo deberá incluirse en la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica. Con la mencionada relación deberán incluirse todos los accidentes de trabajo que no causen baja, debiéndola remitir a la Mutua en el plazo de 5 días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos. (OM 16/12/87).

Ejemplar para la Mutua