



# ASEPEYO

Empresa \_\_\_\_\_

Nº CCC (código conta cotización) / \_\_\_\_\_

Prégase presten asistencia ao traballador/a desta empresa

Nome e apelidos \_\_\_\_\_

Nº afiliación S.S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nº DNI \_\_\_\_\_

que sofreu un incidente, ás \_\_\_\_\_ horas do día, \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_

da seguinte forma \_\_\_\_\_

Dacordo coas vixentes disposicións legais, no caso de accidente de traballo, cumprimentarase:

- Se causa baixa, o parte de accidente dentro dos cinco días seguintes á data de baixa.
- Se non causa baixa, incluírase na relación de casos sen baixa do mes seguinte ao da asistencia.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Sinatura e selo da empresa)