

FORMULARIO AVISO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA

Cód. 02-1123-27



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

AVISO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA

Panamá ____ de _____ de 20 ____

El señor _____, con cédula de identidad personal No. _____
ha sufrido lesiones en el desempeño de su trabajo a causa de un accidente o enfermedad profesional ocurrido el
día ____ mes _____ año ____ y hora _____.

Agradecemos a ustedes se sirvan atender al trabajador y darle el tratamiento necesario.

Atentamente

SELLO DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL

FIRMA AUTORIZADA

NÚMERO DE EMPLEADOR: _____

El uso indebido de este documento será debidamente sancionado de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes.

Imp. CASESO