

SEDE SOCIAL  
 Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA. Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Este boletín se ha de **ENTREGAR AL LESIONADO**, para presentarlo al médico que lo asista  
 (ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - **COPIA 1**)

## TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	Núm. Afiliación S. Social	DNI/NIE	Teléfono
Domicilio y localidad	Oficio y Categoría		

## EMPRESA

Nombre	Código Cuenta Cotización	C.I.F o N.I.F	Teléfono
Domicilio y localidad	Persona de contacto en la empresa		

## INCIDENCIA

<p>Hora ____ : ____ y Fecha ____ / ____ / ____ del hecho que motiva la asistencia.</p> <p>Trabajo que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallar lo máximo posible):</p>	<p>Firma y Sello de la Empresa</p> <p>----- a ----- de ----- de -----</p>
---	---

(\*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de contingencia profesional, salvo rehusé del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo o Relación de Accidente de Trabajo Sin Baja Médica, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de 19 de Noviembre. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional o Periodo. Ob. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la «Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS», conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.

SEDE SOCIAL  
Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA. Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Ejemplar **PARA LA EMPRESA**  
(ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - COPIA 2)

## TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	Núm. Afiliación S. Social	DNI/NIE	Teléfono
Domicilio y localidad	Oficio y Categoría		

## EMPRESA

Nombre	Código Cuenta Cotización	C.I.F o N.I.F	Teléfono
Domicilio y localidad	Persona de contacto en la empresa		

## INCIDENCIA

<p>Hora ____ : ____ y Fecha ____ / ____ / ____ del hecho que motiva la asistencia.</p> <p>Trabajo que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallar lo máximo posible):</p>	<p>Firma y Sello de la Empresa</p> <p>----- a ----- de ----- de -----</p>
---	---

(\*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de contingencia profesional, salvo rehusé del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo o Relación de Accidente de Trabajo Sin Baja Médica, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de 19 de Noviembre. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional o Periodo. Ob. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la «Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS», conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.

SEDE SOCIAL  
Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA. Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Este ejemplar se ha de **REMITIR A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE MAZ CORRESPONDIENTE**

Ver en: [www.maz.es](http://www.maz.es)

(ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - COPIA 3)

## TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	Núm. Afiliación S. Social	DNI/NIE	Teléfono
Domicilio y localidad	Oficio y Categoría		

## EMPRESA

Nombre	Código Cuenta Cotización	C.I.F o N.I.F	Teléfono
Domicilio y localidad	Persona de contacto en la empresa		

## INCIDENCIA

<p>Hora ____ : ____ y Fecha ____ / ____ / ____ del hecho que motiva la asistencia.</p> <p>Trabajo que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallar lo máximo posible):</p>	<p>Firma y Sello de la Empresa</p> <p>----- a ----- de ----- de -----</p>
---	---

(\*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de contingencia profesional, salvo rehusé del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo o Relación de Accidente de Trabajo Sin Baja Médica, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de 19 de Noviembre. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional o Periodo. Ob. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la «Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS», conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.