



POR FAVOR COMPLETE CON LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE, EN TINTA AZUL O NEGRA

**DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR**

La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del trabajador siniestrado.

Lugar: ..... Fecha: ..... Hora: .....

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Razón Social: .....

CUIT: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

Provincia: .....

C.P.: ..... Teléfono: .....

Fax: .....

**DATOS DEL PRESTADOR**

Razón Social: .....

CUIT: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

Provincia: .....

C.P.: ..... Teléfono: .....

Fax: .....

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el que (\*) Marcar lo que corresponda.

- 1. Ha sufrido un accidente del trabajo (\*)
- 2. Manifiesta una afección de probable origen profesional (\*)

El día ..... a las ..... horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre: .....

..... CUIL : .....

DNI  LC  LE  CI : ..... Sexo: F  M  Estado Civil: S  C  V  D  E  H

Fecha de Nacimiento: ..... Nacionalidad: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

Provincia: .....

C.P.: ..... Teléfono: .....

Fax: .....

Lugar y forma en que se produjo la lesión: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Empleador

Aclaración de Firma del Empleador

Sello del Empleador