

## SOLICITUD DE ATENCIÓN

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Contrato N°: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Contrato N°: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el cual ha sufrido un accidente el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas mientras prestaba sus servicios para este empleador.

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_ DNI / LE / LC / CI N°: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F  Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar donde se produjo el accidente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Forma en que se produjo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Agente causante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del empleador