

## Solicitud de atención

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

### Datos del empleador

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

### Datos del prestador

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Contrato N°: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ 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

Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_ DNI / LE / LC / CI N°: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: M  F  Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
CP: \_\_\_\_\_ 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