



Torre Bouchard - Bouchard 547, piso 20
(1106) Buenos Aires - Argentina.
Tel: (54-011) 5281-5900 - Fax: 011-5281-5999 -
Líneas Rotativas.

SOLICITUD DE ASISTENCIA MEDICA
Código de ART: 00038 - 8

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

Datos del Empleador :

Razón Social:..... CUIT:.....

Domicilio:..... Nro. Contrato:.....

Teléfono:.....

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, quien :

- ha sufrido un accidente de trabajo
 - manifiesta una afección de probable origen profesional
- el día.....a las.....horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

Lugar y forma en que se produjo el siniestro

.....
.....
.....

Datos del Trabajador:

Apellido y Nombre:..... Y CUIL:.....

.....
Firma Sello del Empleador

Ante cualquier duda, comuníquese directamente con nosotros al tel. 011-5281-5900.