

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Razón social	C.U.I.T.		Contrato n°		
Calle	N°	Piso	Dpto.	Código Postal	C.P.A.
Localidad	Provincia		Tel.	Fax	

Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador de esta empresa.

**DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO**

Apellido y nombre	Documento: D.N.I./L.E./L.C./C.I./Pas.				
Fecha de nacimiento	Calle	N°	Piso	Dpto.	
Código Postal	C.P.A.		Teléfono		
Localidad	Provincia				
Horario habitual que cumple el trabajador de                    horas a                    horas					

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha accidente	Hora	Fecha recaída	Ocupación al momento del accidente		
C.U.I.T. de la empresa donde ocurrió el accidente (si fuera distinto al del empleador)				Este dato es OBLIGATORIO para personal eventual y/o de servicio	
Tipo de accidente	De trabajo <input type="checkbox"/>	In Itinere <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		
Descripción del accidente					

**PRESTADOR AL QUE FUE DERIVADO**

Nombre o razón social	Domicilio		Teléfono		
C.U.I.T. de la empresa donde ocurrió el accidente (si fuera distinto al del empleador)				Este dato es OBLIGATORIO para personal eventual y/o de servicio	
Tipo de accidente	De trabajo <input type="checkbox"/>	In Itinere <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	Descripción del accidente	

Fecha de solicitud    /    /

Firma autorizada por la empresa y aclaración

Coordinación de Emergencias Médicas: 0800-333-1333

**Importante:** El trabajador accidentado deberá llevar este documento al Centro Asistencial en el que vaya a ser atendido. Todos los datos deben estar completos SIN EXCEPCIÓN, en caso contrario se rechazará la presente solicitud.