

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social	C.U.I.T.		Contrato nº		
Calle	Nº	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	Nº	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.