

# SOLICITUD DE ATENCION



## ASOCIART

ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ART N° 039-6 - CUIT 30-68627333-0

### EMPLEADOR

N° Exp.

Razón social  N° de Póliza

CUIT  Domicilio

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.

### TRABAJADOR

Apellido y nombre  CUIL

Doc. Tipo y N°

Puesto de trabajo al momento del siniestro

### ACCIDENTE

Lugar donde se produjo el accidente

Domicilio  CP

Localidad  Provincia  País

Forma en que se produjo

Agente causante

Firma y sello del empleador

PRESTADOR