

# SOLICITUD DE ATENCION



# ASOCIART

ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ART N° 039-6 - CUIT 30-68627333-0

## EMPLEADOR

N° Exp.

Razón social **Estacion Experimental Agroindustrial Obispo Colombres** N° de Póliza **232061**

CUIT **30-62647102-8** Domicilio **William Cross 3150 - Las Talitas**

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