

Formulario N°1
Solicitud de Atención ⁽¹⁾

Lugar:

Fecha:

Hora:

Denuncia N°:

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:

Localidad:

Domicilio:

CP:

Provincia:

Teléfono:

PRESTADORA

Razón Social:

Localidad:

Domicilio:

CP:

Provincia:

Teléfono:

**Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el que;
"ha sufrido un lesión de probable etiología laboral" (accidente laboral):
"manifiesta una afección de probable etiología profesional" (enfermedad profesional):
el día _____, a las _____ hs. aproximadamente.**



DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido:

DNI:

Edad:

Lugar y forma en que se produjo la lesión y/o enfermedad:

.....
Firma del Agente

.....
Firma y Sello del Empleador ⁽²⁾

(1) Formulario N° 1 "Solicitud de Atención" y Formulario N°2 "Denuncia por Accidente o Enfermedad Profesional" son iniciadores del expediente correspondiente y el mismo debe ser remitido al ISPRO y SETySS para su resguardo hasta el alta médica del paciente.

(2) Responsable de personal, Recursos Humanos, Director del Área, Jefe de Departamento.