ART MUTUAL RURAL

ART: _____

N° DE SINIESTRO: _____

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE REINGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ CUIL / DNI N° _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/_____ Sexo: M ☐ F ☐

Calle:_____Nro:_____Piso:_____Depto:_____Localidad:_____

Provincia:_____CP:_____Tel. Fijo: DDN(_____) -_____Tel.Móvil: 0____-15-_____-_____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: _____ CUIT:_____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial:_____ CUIT: _____

Calle:_____Nro:_____Piso:_____Depto:_____ Localidad: _____

Provincia:_____CP:_____ el.: DDN(_____) - _____ Fax: _____

Mail:_____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha de ocurrencia de la contingencia original: ____ /____ /_____ Hora:_____

Fecha de Alta Médica: ____ /____ /_____ Hora:_____

Fecha de de Solicitud de Reingreso: ____ /____ /_____ Hora:_____

Descripción del motivo de consulta: _____

_____

_____

Diagnóstico:_____

_____

_____

Indicaciones / Tratamiento: _____

_____

_____

Aceptación del Reingreso al tratamiento: SI ☐

NO ☐ -> Fundamento de la denegación de reingreso _____

"Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo - (**www.srt.gob.ar)**

_____ Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

_____ Firma y Aclaración del Trabajador

_____ Firma y Sello Médico c/ N° de Matricula