RECONQUISTA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICAS MÉDICAS

RAM 05

## TRABAJADOR

Nombre y Apellido

CUIL

Domicilio | Localidad

E-mail | Tel

## EMPLEADOR

Empresa a la que pertenece

CUIT | Fecha del Accidente

Fecha de Pedido | Fecha de realización de Práctica

## PRÁCTICA A REALIZAR

## MOTIVO DE SOLICITUD

Anote Numero de Fax al que se debe enviar una vez autorizado

Código de Area _____ Numero _____ Interno _____

La agilidad de nuestra respuesta dependerá de la cantidad de datos que nos proporcione sobre el accidentado.

Fecha _____ Firma y Aclaración _____