

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social	C.U.I.T.	Contrato N°
Teléfono	Fax	Mail

DATOS DEL VIAJERO

Apellido y Nombre	Documento: D.N.I./L.E./L.C./C.I./Pas.
-------------------	---------------------------------------

LUGAR DE DESTINO

Localidad	Cód. Postal o Zip	País
Fecha de Salida / /	Forma de Traslado	Empresa de asistencia al viajero que posee el trabajador

DATOS DEL LUGAR DE HOSPEDAJE

Calle	N°	Piso	Dpto.
-------	----	------	-------

Cód. postal o Zip	Provincia o Estado
-------------------	--------------------

Detalle pormenorizado de los motivos del viaje (incluir otros destinos):

Fecha de regreso / /	Fecha Denuncia / /
----------------------	--------------------

Firma autorizada de empresa y aclaración

RESERVADO PARA PROVINCIA ART

Comentarios

Fecha de Recepción / /

Firma autorizada de la A.R.T. y aclaración

Todos los datos deben estar completos, SIN EXCEPCIÓN. Caso contrario se rechazará la presente solicitud.

ESTA COBERTURA CORRESPONDE SÓLO A PERSONAL DE LAS EMPRESAS AFILIADAS A PROVINCIA ART QUE DEBA VIAJAR AL EXTERIOR EN CUMPLIMIENTO DE MISIÓN LABORAL Y SUFRA UN ACCIDENTE DE TRABAJO