



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

RECLAMOS ART

Marcar con una X lo que corresponda

ATENCION MEDICA	<input type="checkbox"/>	TRASLADOS	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Nº DE SINIESTRO

DATOS DEL AGENTE

Apellido

Nombre/s

CUIT / CUIL Nº (consignar sin guiones)

Teléfono (actualizado - localizable)

A CONTINUACIÓN DESCRIBA BREVEMENTE SU RECLAMO

(En caso de atención médica debe incluir, lugar de atención y médico tratante. Indicar tiempo de demora en traslados)

DATOS LABORALES

Responsable del lugar de trabajo				
Cargo				
Jurisdiccion				
Repartición (nombre completo)				
Nombre establecimiento educativo (si corresponde)				
D.E. / Region / Sector (si corresponde)				
Domicilio del lugar de trabajo	Calle	Nº	Piso	Depto.
Localidad	Provincia			
Teléfono/s				
Correo electrónico del Responsable del lugar de trabajo				

Nota: Completar todos los campos en blanco

Firma del Responsable de Personal