



**Misiones**  
PROVINCIA

**UCAPP**  
Unidad de Coordinación del  
Autoseguro Público Provincial

Formulario N° 2  
Solicitud de Reingreso

\*Para ser completado exclusivamente por el área de Reconocimiento Médico o Salud Laboral que corresponda.

Siniestro N° \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

CUIL / DNI N° \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Ente / Organización / Ministerio: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico inicial: \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE SOLICITUD DEL REINGRESO**

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
Firma y sello responsable  
de Reconocimientos Médicos

El presente formulario debe ser remitido vía e-mail a: [denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar](mailto:denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar) o personalmente a San Luis 1942, Posadas