



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.

Denuncia 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 via e-mail a denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar o personalmente en las oficinas por calle San Martín N° 1012, Posadas.