MISIONES | 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

Este formulario será presentado a través de correo electrónico a **denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar**, o personalmente en la sede de **Catamarca 1520 (N3300BDH), planta baja, Posadas**, Misiones.