

## REINTEGRO DE GASTOS

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombres:.....

Tipo y N° de documento (adjuntar copia).....

CUIL (adjuntar constancia).....

Fecha de nacimiento:.....Edad.....:..... Estado civil:.....

Domicilio real: Calle.....N°:.....Piso:.....Depto.:..... Localidad:.....CP:.....

Provincia:.....Teléfono:.....

Mail para notificación electrónica decreto 4463/17:.....

### DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

**TIPO** (marcar lo que corresponda) **Fecha del hecho o enfermedad:**.....

En dependencia  En comisión  In itinere  Reapertura  Reapertura SRT  Enfermedad

### DETALLE DE GASTOS A REINTEGRAR

	FECHA	CONCEPTO	MONTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ADJUNTAR CONSTANCIA DE CBU DE TITULARIDAD DEL SOLICITANTE, EMITIDA POR EL BANCO – DEBERÁ FIRMARLA EL SOLICITANTE

.....

Firma, aclaración y DNI del solicitante

EL PRESENTE FORMULARIO SE EFECTÚA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SUJETA SU FALSEDAD U OMISIÓN A LAS PENALIDADES DE LEY.