



**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS
LEY NRO. 24.830 - MODIFICATORIA DEL ART. 1117 DEL CODIGO CIVIL**

SOLICITUD DE ATENCION / DENUNCIA DE SINIESTRO

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Datos del Alumno:

Apellido y Nombre: _____ D.N.I. Nro. _____

Sexo: F/M Edad: _____ Nivel: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Pcia: _____ CP: _____ Tel.: _____

Datos del Establecimiento Educativo:

Denominación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Pcia: _____ CP: _____ Tel: _____

Prestador al que fue derivado el alumno:

Denominación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Pcia: _____ CP: _____ Tel: _____

Solicitamos brinden asistencia médica al alumno arriba indicado, quien ha sufrido un accidente en el Establecimiento Educativo citado precedentemente o mientras desarrollaba la actividad indicada mas abajo.

Lugar en el que se produjo el accidente: Dentro/Fuera del Establecimiento

En el momento del accidente, el alumno se encontraba bajo la supervisión de la o las siguientes autoridades del establecimiento: _____

Circunstancias en las que se produjo la lesión: _____

Diagnóstico o descripción de la lesión: _____

Firma y Sello de la Autoridad del Establecimiento Educativo