



**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