

"El Río Atuel también es Pampeano"

DENUNCIA DE ACCIDENTE ESCOLAR

SOLICITUD DE INDEMNIZACION POR:			
Muerte por Accidente:			
Incapacidad Total y Permanente:			
Asistencia Médica y Farmaceutica:			
LUGAR Y FECHA			
1- ESTABLECIMIENTO ESCOLAR			
NOMBRE			
DOMICILIO			
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD	
AUTORIDAD QUE CERTIFICA			
2- ESCOLAR ACCIDENTADA/O			
APELLIDO Y NOMBRE			
D.N.I. N°		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO			LUGAR DE NACIMIENTO
LOCALIDAD			CÓDIGO POSTAL
GRADO			CONDICIÓN ESCOLAR
TURNO			PERIODO ESCOLAR
3- DETALLES DEL ACCIDENTE			
LUGAR DONDE OCURRIÓ			
FECHA		HORA	

a) ¿COMO OCURRIÓ?

b) LESIONES A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

c) ¿TUVO OTROS ACCIDENTES SIMILARES DURANTE EL AÑO?

SI ☐

NO ☐

FECHA _____

d) ¿FUE INDEMNIZADO/A POR ESTA DIRECCION? SI ☐ NO ☐

4- BENEFICIARIA/O (PADRE, MADRE, TUTOR/A O ENCARGADO/A DEL ALUMNO/A)

APELLIDO Y NOMBRE		
D.N.I. N°		DOMICILIO
ALIAS / CUENTA BANCARIA UNIFORME (CBU) - (ADJUNTAR COMPROBANTE FIRMADO POR TITULAR O RESPONSABLE) NO SE ACEPTAN CUENTAS/ALIAS DE BILLETERAS VIRTUALES EJEMPLO: MERCADO PAGO.		
TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA		CUIL / CUIT

DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY, SER ADHERENTE A LA SIGUIENTE OBRA SOCIAL:

(EN CASO DE NO TENER, ACLARARLO)

FIRMA Y ACLARACION DEL BENEFICIARIO/A

FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD ESCOLAR

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A PRESENTAR:

1- Nota de elevación de la Dirección de la Escuela.

2- Acta y Croquis del Accidente y/o Exposición Policial, si el mismo ocurriera afuera del Establecimiento Escolar.

3- Certificado Médico de primera atención.

4- CBU firmado.