

ANEXO II

Policía de la Provincia de Santa Fe

Nota N°: _____

Rosario, _____ de _____ de _____.-

Sr. Jefe de Servicios Sociales

Medicina Integral en Destino UR II

S/D

En el día de la fecha se pone en conocimiento y e informa a **SERVICIOS SOCIALES** a los fines de la prestación de servicios médico – asistenciales por **ACCIDENTE DE TRABAJO**, relacionado con.....

NI: Numerario de:

Quien en fecha / / y siendo las: Sufrió lesiones en las siguientes circunstancias:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Que por la modalidad horaria, características y lugar, a prima facie encuadran en el art. 19° del Decreto 4413/79, dándose inicio a las actuaciones sumarias administrativas conforme a las previsiones del N° 113 inc D del RSA, cuya resolución final se remitirá a esa dependencia.-

Jefe Responsable (firma y sello)

Se deja constancia que intervino el Médico de Policía Dr/a:

..... En cumplimiento de la Resolución JPP N° 691/99.-

Fecha: / / -