**OBLIGACIONES DE LA EMPRESA AFILIADA**

Deberá completar los ítems que a continuación se detallan y remitir al Área Médica-Cobertura al Exterior.

**NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA:** **COMISIÓN DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS**

 **Nº DE CUIT:** **33-68485414-9**

* **Nombre y Apellido del viajero/a: .........................................................................................**
* **Nº de Cuil: ...........................................................................................................................**
* **Lugar de destino: .................................................................................................................**
* **Fecha de salida: ...................................................................................................................**
* **Forma de traslado: ..............................................................................................................**
* **Fotocopia de pasajes: (se deberá adjuntar) ..........................................................................**
* **Empresa Asistencia al viajero/a: ..........................................................................................**
* **Destino, hospedaje y teléfono: ............................................................................................**
* **.............................................................................................................................................**
* **Detalle pormenorizado de los motivos del viaje...................................................................**

**...................................................................................................................................................**

* **Fecha de salida: …………….…………………..…… Fecha de regreso: …...........................................**

**FECHA: .......................................................... FIRMA RESPONSABLE: ........................................**

**Nº de gestión: ............................................................................................................................**

Completar la planilla y enviarla a la Delegación de Personal donde presta servicio.

Esta cobertura corresponde solo a personal de las empresas afiliadas a Provincia A.R.T. que debe viajar al exterior en cumplimiento de misión laboral y sufra un accidente de trabajo, en los términos de la Ley de Riesgos del Trabajo Nº24.557.

Ante la ocurrencia de una contingencia el/la damnificado/a, que fuera a cumplir tareas en el exterior o interior del país, deberá comunicarse con Provincia ART, a través de la Coordinación de Emergencias Médicas (CEM) llamando al teléfono (54 11) 2152-8350; (54 11) 2152-8300;

(54 11) 6842-5200.