

Al Sr. Subsecretario
de Trabajo y Empleo
S _____ / _____ D

Mendoza, _____ / _____ / _____

Por medio de la presente, _____ DNI _____, con domicilio _____, y domicilio electrónico _____ y teléfono de contacto _____ me dirijo a usted a fin de solicitar examen médico preocupacional

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre y apellido _____ razón social _____
CUIT _____ domicilio electrónico de notificación _____
teléfono de contacto _____

DATOS DEL EMPLEADO

Nombre y apellido _____ CUIL _____
domicilio electrónico de notificación _____
teléfono de contacto _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD (Describir claramente):

Firma
Aclaración
DNI