FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

# NOTIFICACIÓN DE ART

## 1 – Datos personales

Apellido: _____ Nombres: _____

Documento: Tipo: _____ Nº: _____

Dependencia: Facultad de Ciencias Médicas Cargo: _____

## 2- Información de la ART

Se informa por la presente que la ART contratada por esta Universidad es **EXPERTA ART** en caso de necesitar asistencia por accidentes de trabajo podrá comunicarse las 24 hs. al Servicio Médico permanente 0800 888 0200 / 0800 666 3279

## 3- Recepción de credencial de ART

Se deja constancia que en el día de la fecha recibí la credencial de la ART donde consta como proceder en caso de un siniestro.

..... ….....

Lugar y fecha Firma del agente