Consultas y Reclamos de Trabajadores y Empleadores

Tipo de Consultante / Reclamante * ☐ Trabajador ☐ Empleador

Nombre y Apellido * : _____

DNI * : _____

CUIT ** : _____

Teléfono de contacto * : _____

Dirección: _____

Mail: _____

Tipo * ☐ Consulta ☐ Reclamo

Tema de consulta * ☐ Comisión Médica / Oficina de Homologación y Visado ☐ Presentación de Especie ☐ Prestaciones Dinerarias ☐ Prevención ☐ Exámenes Médicos ☐ Afiliaciones ☐ Otros

Consulta: _____

* Campos Obligatorios.

** Campo Obligatorio en aquellos casos donde sea “Empleador”.

ENVIAR