

Formulario de Reintegro ILT



Siniestro Nro Nro de Contrato

Razón Social C.U.I.T.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido

C.U.I.L. Fecha de Nacimiento Edad

DNI Fecha de Ingreso Antigüedad

Fecha de Accidente Fecha de Baja / Despido / Renuncia

Fecha de Alta Médica Nro Convenio Colectivo

*Periodos a Reintegrar

Periodo Mes/Año	Sueldo Remunerativo	Sueldo No Remunerativo	SAC Res 983/10	Dias Empleador	Dias ART
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Contribuciones Patronales AFIP

Concepto	Porcentaje %	Concepto	Porcentaje %
Jubilación	<input type="text"/>	ANSAL	<input type="text"/>
FNE	<input type="text"/>	Ley Nro 19032	<input type="text"/>
Obra Social	<input type="text"/>	A. Familiares	<input type="text"/>
		Total	<input type="text"/>

Firma del Solicitante

Este formulario tiene carácter de Declaración Jurada

- Adjuntar Alta Temprana de AFIP
- Adjuntar Recibos de Haberes de los periodos solicitados
- Adjuntar F931 y sus respectivos pagos de Seguridad y Obra Social

Sellos de Recepción