



SOLICITUD  
DE PRESTACIÓN  
DE SERVICIO

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

EMPLEADO: \_\_\_\_\_

Nº D.N.I.: \_\_\_\_\_

•CONTROL DE AUSENTISMO

•ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

•ACCIDENTES DE TRABAJO

•ART

•EVALUACIÓN CAPACIDAD LABORATIVA

•EVALUACIÓN ESPECIALISTA

•OTRAS PRESTACIONES S/ DETALLE

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA