

Cada vez que usted solicite uno o más períodos a reintegrar, deberá completar el presente formulario. Al mismo deberán adjuntarse las copias de los recibos firmados por el empleado más Comprobante de pago (VEP) de cada uno de los períodos a reintegrar ILT

NRO. DE CONTRATO	C.U.I.T.	FECHA
RAZÓN SOCIAL		
CORREO ELECTRÓNICO	PREFIJO	TELÉFONO
NÚMERO DE SINIESTRO	FECHA DE ACCIDENTE	
0027 – 2		
APELLIDO Y NOMBRES DEL EMPLEADO		

Por medio de la presente solicito el reintegro de ILT por los períodos que se detallan a continuación:

MES	AÑO

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Empleador