

**DECLARACIÓN DE RECHAZO DE ATENCIÓN CON ORGANISMO
ADMINISTRADOR DE LA LEY 16.744**

ACHS

Yo _____ RUT _____ - _____

Desisto de recibir atención médica y prestaciones que me otorga la ley 16.744 con el Organismo Administrador de la Ley (mutualidad) en caso de accidentes de trabajo, accidentes de trayecto y enfermedades profesionales por voluntad propia.

Firma

San José de Maipo, ____ de _____ 202_