

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

FECHA DE DENUNCIA

/ /

ACCIDENTE N°

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

APELLIDO Y NOMBRE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO

/ /

EDAD

SEXO

F

M

ESTADO CIVIL

NACIONALIDAD

PROVINCIA

LOCALIDAD

DOMICILIO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FECHA DE INGRESO

/ /

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

Años:

Meses:

LEGAJO N°

SITUACIÓN DE REVISTA

FUNCIÓN

DEPENDENCIA

JURISDICCIÓN

DOMICILIO

TELÉFONO REPARTICIÓN

HORARIO HABITUAL DE TRABAJO

Desde:

Hasta:

TURNO

Fijo

Rotativo

SALARIO NETO

DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

TIPO DE ACCIDENTE (Marcar lo que corresponda)

HORARIO DE TRABAJO AL MOMENTO DEL SINIESTRO

Desde:

Hasta:

☐

Accidente de Trabajo en dependencia

☐

Reagravamiento accidente anterior

☐

Accidente de Trabajo en comisión

☐

Enfermedad Profesional

☐

Accidente de Trabajo in Itinere

TIPO DE TRABAJO

☐

Habitual

☐

No Habitual

ACCIDENTE MÚLTIPLE

☐

SI

☐

NO

ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DEL ACCIDENTE

/ /

HORA DEL ACCIDENTE

LUGAR DEL ACCIDENTE

1ª ATENCIÓN MÉDICA

Fecha

/ /

Hora

:

:

NOMBRE DEL PRESTADOR

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL MECANISMO DEL SINIESTRO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATOS DE LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE (Si los hubiera)

TESTIGO 1

TESTIGO 2

TESTIGO 3

Nombre y Apellido:.....

Tipo y N° documento:.....

Domicilio:.....

ENFERMEDAD PROFESIONAL

/ /

/ /

Prestación ART

.....

Antigüedad:

DATOS DEL DENUNCIANTE

1

Firma y Sello - Médico

[illegible]

Firma y Aclaración
Denunciante

Firma y Sello
Jefe Inmediato

Firma y Sello
Director