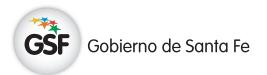
Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



1 de 4

recna de denuncia///	Accidente N°
> DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO	
Apellido y Nombre: DN	ll:
Fecha de Nacimiento: / Edad: Sexo: F / M – Est	ado Civil:
Nacionalidad – Provincia :	
Domicilio – Localidad – Teléfono:	
Fecha de Ingreso: /	
Antigüedad en el Puesto (Años – Meses):	Legajo Nº:
Situación de Revista – Función:	
Dependencia – Jurisdicción:	
Domicilio – Teléfono repartición:	
Horario habitual de trabajo (desde – hasta)	Turno: fijo – rotativo
> DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	
Horario de trabajo al momento del siniestro (desde – hasta):	
Tipo de siniestro (marcar lo que corresponda)	
Accidente de trabajo en dependencia Accidente de trabajo en comisión Accidente de trabajo in itinere (acompañar denuncia policial) Reagravamiento accide Enfermedad profesional (indicar fecha de primera manifestación)	ente anterior 🔲
Tipo de trabajo: habitual – no habitual Accidente múltiple: si – n Estudios medicos que acompaña:	





2 4- 7

Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional

> ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha del accidente: /
Descripción resumida del mecanismo del accidente o enfermadad profesional:
¿En el accidente intervinieron terceros? SI NO Companía de Seguros NO Companía de Seguros NO Companía de Seguros NO Companía de Ireclamo ante aseguradora, informarlo a la DiPart, personalmente por carta. (En Rosario: Corrientes 2114. En Santa Fe: Bv. Galvez 1563) Datos de los testigos del accidente (si los hubiera) Testigo 1 / Nombre y apellido — tipo y nº de documento — domicilio - telefono
Firma:
Testigo 1 / Nombre y apellido – tipo y nº de documento – domicilio - telefono
Firma:

Firma denunciante:





Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



3 de 4

ACLARACIÓN / IMPORTANTE: ESTA PÁGINA DEBERÁ SER LLENADA EXLUSIVAMENTE POR EL JEFE INMEDIATO, DE PERSONAL Y/O DIRECTOR

▶ INFORMACIÓN GENERAL
Nombre y Apellido:
Tipo y Nº De Documento:
Domicilio declarado por el agente ante la dependencia:
Día y hora en que se tomó conocimiento del accidente / enfermedad, y de qué manera
EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL, INDICAR:
Antigüedad del agente:
Horario de ingreso y egreso habitual del agente:
Tareas habituales del agente y en qué condiciones las realiza (elementos con los que trabaja, dimensiones del lugar, etc.)
¿Ha presentado padecimientos similares anteriormente? ¿Cuáles? ¿Desde cuándo?
¿Es personal único en la tarea?





Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



4 de 4

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO, INDICAR:

¿La tarea que realizaba al momento del accidente corresponde a sus tareas habituales?
La tarea realizada al momento del accidente, ¿responde a la orden de un superior? (si – no) (adjuntar constancia de la misma)
¿Cuál es el horario de trabajo que debía cumplir el día del accidente y en qué lugar debía desempeñar sus funciones?
Si el trabajador asistió a trabajar el día del siniestro, adjuntar constancias de horario de entrada / salida.
Para los casos de accidentes producidos fuera del establecimiento, ¿tenía autorización para salir del mismo? (si – no) de ser afirmativo, se ruega acompañar constancia.
Se solicita adjuntar certificado de aptitud psicofísica y de atención por emergencias médicas, si correspondiere.

Firma y sello jefe inmediato y/o director

