

## DENUNCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombres:.....

Tipo y N° de documento (adjuntar copia)..... CUIL:.....

Fecha de nacimiento:..... Edad..... Estado civil:.....

Domicilio real: Calle..... N°:..... Piso:..... Depto.:..... Localidad:..... CP:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

Mail para notificación electrónica decreto 4463/17:.....

Función – Situación de revista..... Carga horaria:.....

Antigüedad:..... Pluriempleo (adjuntar constancia de desempeño) SI  NO

Ingreso a la Administración Pública con APTO (acompañar el mismo) ABSOLUTO  RELATIVO

Se encuentra en Tareas Diferentes (adjuntar ficha lesiográfica): SI  NO

### INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Enfermedad/patología:.....

Ha tomado licencias previamente por esta patología SI  NO

Fecha de 1° manifestación invalidante:.....

Descripción detallada de su puesto de trabajo, indicando tareas que realiza:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**(\*)Deberá adjuntar todas las actuaciones médicas respectivas a la enfermedad que denuncia.**

.....

.....

Firma, aclaración, DNI y sello de la autoridad superior

Firma, aclaración y DNI del denunciante

## LA AUTORIDAD SUPERIOR MANIFIESTA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA(\*)

Dependencia – Jurisdicción:.....

Domicilio: Calle:.....N°.....Localidad:.....Teléfono:.....

Apellido, Nombre y Cargo de la autoridad superior que suscribe:.....

Lugar en que debe cumplir tareas el agente:.....

Detalle brevemente las tareas que debe realizar el agente que efectúa la denuncia:.....

.....  
.....

Detalle las condiciones de trabajo (indicar elementos con los que trabaja, dimensiones del lugar, provisión de elementos de seguridad, etc):.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Es personal único en la tarea SI  NO  . En caso negativo indicar cantidad de personal:.....

**\*DEBERÁ ser completado por la autoridad superior, sin excepción**

.....

Firma, aclaración, DNI y sello de la autoridad superior

.....

Firma, aclaración y DNI del denunciante

EL PRESENTE FORMULARIO SE EFECTÚA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SUJETA SU FALSEDAD U OMISIÓN A LAS PENALIDADES DE LEY. NO SE PERMITEN ESPACIOS EN BLANCO. LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ ACOMPAÑARSE EN ORIGINAL O COPIA DEBIDAMENTE CERTIFICADA