

RELEVAMIENTO DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AGENTES DE RIESGO

Razón Social:									Fecha:						
Contrato:				CUIT:			CIIU: :								
Nombre de Establecimiento:				Número del Establecimiento (AFIP):											
Dirección - Calle/Ruta:				Piso/Km:	Dpto:										
Código Postal:	Localidad:	Localidad:			Provincia:										
Contacto para operati	Teléfono/s:					Fax:									
Mail:															
Actividad Principal:			Actividad Secundaria:												
Cantidad de Trabajado		Cantidad de Trabajadores NO Expuestos:													
CUIL	Apellido y Nombre	Sector y/o Tarea	Fecha de ingr puesto de tra	eso al bajo	Horas de Exposición	Fecha de Ultimo Examen Medico de ART		Código de Agente de Riesgo							
									_	+	\perp				
									_	+	_	\vdash			
										+		+			
									_	+	+	+			
									+	+	+	+			
										+	+				
										+	+				
										\top					

_