Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



| EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|--|-------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|------------------|---|--|
| Nombre de la empresa CUIT | | | | | | Póliza N ° CIIU | | | | | |
| Domicilio | | | | | Localidad | | Provincia | | CP | | |
| Tel Fax | | | | | | | Email | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIE | NTO DE OCURRENC | IA D | EL ACCIDENTE | O DETECCION | DE LA E | NFERMEDAD PI | ROFESIONAL | | | | |
| Nombre CUIT ocurrencia o | | | | | | <u> </u> | | | | | |
| CIIU | | | Domicilio | | | | | Localidad | | | |
| Pcia. de ocurrencia o detección CP | | | | | | Empresa subcontratada 📗 Si 📗 No | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL TF | | | | | | | | | | | |
| Apellido y nombre CUIL | | | Nacionalidad | | | | Tipo y N° de do Fecha de nacin | | / / | Sexo M M F | |
| Domicilio | | | Nacionaliada | | | | CP | | | | |
| | | | | | | | Provincia | | | | |
| Estado Solte | ro Casado Viudo | Divor | ciado Separado | Unión Hecho | | | | | | | |
| Civil | | | | | | | | | | | |
| Eacha da inarasa | on la omprosa / | / Facha d | de ingreso al establecimiento / / Turno de trabajo habitual 🗍 Fijo 🦳 Rotativo | | | | | | Dotativo | | |
| Fecha de ingreso en la empresa / / Fecha de ingreso al establecimiento / / Turno de trabajo habitual Fijo Rotativo Jornada habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último exámen periódico / / | | | | | | | | | | | |
| Obra Social Sistema Jubilatorio Reparto Capitalización AFJP | | | | | | | | | | | |
| | o en el momento del ac | cider | | | | | | Antic | güedad | | |
| Puesto de trabajo anterior | | | | | | Antigüedad | | | | | |
| CBU | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| INFORMACION | SOBRE EL SINIESTE | 30 | | | | | | | | | |
| Accidente de | trabajo 🗌 Enfermed | dad p | rofesional | | | | | | | | |
| En el trabajo | ′ = | | o lugar de traba | jo 🗌 Al ir o v | olver del t | rabajo 🔲 🗅 | esplazamiento en su | jornada lab | oral (| Otro | |
| | | | | | | | · | | | | |
| ACCIDENTE D | TRABAJO | | | | | | | | | | |
| | Fecha / / Horario de la jornada el día del accidente: Hora accidente: | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio de la inasistencia laboral / / Realizaba una tarea habitual al momento del accidente Si No Descripción del accidente y sus consecuencias | | | | | | | | | | | |
| Descripcion dei d | ccidente y sus consect | iencic | 18 | | | | | | | | |
| Agente material | asociado | | Diagnóstico | 1 🗆 | | 2 🗆 🗆 | 3 | | | | |
| | | _ | Naturaleza de I | a lesión 1 | | 2 | 3 | | | | |
| Forma del accide | nte | | Zona del cuerp | o afectada 1 [| | 2 | 3 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDAD | PROFESIONAL | | | | | | | | | | |
| | | | Agente Material | Zana dal avas | 7d.l | | Fachs | Forma de diagnóstico Fecha de inicio d | | | |
| | Descripción de la EP | | ociado (ver tabla) | Zona del cuer _l Afectada | | Tiempo de posición al agente | Fecha de diagnóstico | | tabla) | Fecha de inicio de la inasistencia laboral | |
| | Diagnóstico 1 | | | | | - | | | | | |
| Agente Causante 1 (Ver tabla) | - | | | | | | | | | | |
| T (Ver tubiu) | Diagnóstico 2 | | | | | | | | | | |
| Agente Causante | Diagnóstico 1 | | | | | | | | | | |
| 2 (Ver tabla) | Diagnóstico 2 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Agente Causante | Diagnóstico 1 | | | | | | | | | | |
| 3 (Ver tabla) | Diagnóstico 2 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| LA ENFERMED | AD SE DETECTO EN | (cóc | ligos de detecc | ión de la enfer | medad) | | | | | | |
| | | D. Augendanistic | | | | A Country St. 1 | | | N. Bartara Latin | | |
| Examen preocupacional | | P Ausencia prolongada | | A | Sanatorio Privado | | | N Peritaje Judicial J | | | |
| Examen periódico | | R Transferencia de puesto de trabajo | | | Hospital Público | | | H Comisión Médica S | | | |
| Examen de egreso | | E Obra Social | | | 0 | Consulta en Amb. | M Prestación ART B | | | | |
| Centro Asistencio | I | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | Local | idad | | | |
| Provincia | | | | CP | | | Tel | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ACCIDENTE IN | ITINERE | | | | | | | | | | |
| Denuncia policial | N° | | | (Adjuntar copia) | | Comisaría | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lugar | | | | | | Firma del denunciante | | | | | |
| Fecha | | | | | | Aclaración del denunciante | | | | | |
| LAS TABLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTAN DISPONIBLES EN LA WEB | | | | | | DNI del denunciante | | | | | |