

Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional

EMPLEADOR

| | | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----|
| Nombre de la empresa | CUIT | Póliza N° | CIU |
| Domicilio | Localidad | Provincia | CP |
| Tel | Fax | Email | |

ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---|
| Nombre | CUIT ocurrencia o detección | Código Establecimiento |
| CIU | Domicilio | Localidad |
| Pcia. de ocurrencia o detección | CP | Empresa subcontratada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|-------------------|------------------------|-----------|--|
| Apellido y nombre | Tipo y N° de documento | | |
| CUIL | Nacionalidad | Tel | Fecha de nacimiento / / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Domicilio | Localidad | Provincia | CP |

| | | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Estado Civil | Soltero | Casado | Viudo | Divorciado | Separado | Unión Hecho |
| | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|---|
| Fecha de ingreso en la empresa / / | Fecha de ingreso al establecimiento / / | Turno de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo |
| Jornada habitual (Desde/Hasta) | Situación contractual | Fecha último examen periódico / / |
| Obra Social | Sistema Jubilatorio <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización | AFJP |
| Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional | Antigüedad | |
| Puesto de trabajo anterior | Antigüedad | |
| CBU <input type="checkbox"/> | | |

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

Accidente de trabajo Enfermedad profesional
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en su jornada laboral Otro

ACCIDENTE DE 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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Descripción del accidente y sus consecuencias | |

| | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|
| Agente material asociado <input type="checkbox"/> | Diagnóstico 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Forma del accidente <input type="checkbox"/> | Naturaleza de la lesión 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| | Zona del cuerpo afectada 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

ENFERMEDAD PROFESIONAL

| | Descripción de la EP | Agente Material Asociado (ver tabla) | Zona del cuerpo Afectada | Tiempo de Exposición al agente | Fecha de diagnóstico | Forma de diagnóstico (ver tabla) | Fecha de inicio de la inasistencia laboral |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Agente Causante 1 (Ver tabla) | Diagnóstico 1 | | | | | | |
| | Diagnóstico 2 | | | | | | |
| Agente Causante 2 (Ver tabla) | Diagnóstico 1 | | | | | | |
| | Diagnóstico 2 | | | | | | |
| Agente Causante 3 (Ver tabla) | Diagnóstico 1 | | | | | | |
| | Diagnóstico 2 | | | | | | |

LA ENFERMEDAD SE DETECTO EN (códigos de detección de la enfermedad)

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|------------------------------------|---|-----------------------------|---|-------------------|---|
| Examen preocupacional | P | Ausencia prolongada | A | Sanatorio Privado | N | Peritaje Judicial | J |
| Examen periódico | R | Transferencia de puesto de trabajo | T | Hospital Público | H | Comisión Médica | S |
| Examen de egreso | E | Obra Social | O | Consulta en Amb. no Hospit. | M | Prestación ART | B |

| | | | | | | |
|--------------------|--|----|--|--|-----------|--|
| Centro Asistencial | | | | | | |
| Domicilio | | | | | Localidad | |
| 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 |