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>					
<u>CIIU</u> <u>Domicilio</u>								Localidad			
Pcia. de ocurrencia o detección CP						Empresa subcontratada 📗 Si 📗 No					
DATOS DEL TF											
Apellido y nombre CUIL			Nacionalidad				Tipo y Nº de do Fecha de nacim			Sexo M M F	
Domicilio			Nacionalidad				CP				
							Provincia				
Estado Solte	ro Casado Viudo	Divor	ciado Separado	Unión Hecho							
Civil											
Eacha da inarasa	on la omprosa /	/ Facha d	/ Fecha de ingreso al establecimier			to / / Turno de trabajo habitual 🏻 Fijo 🗖 Rotativo					
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						Antig	üedad		
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 labo	oral 🔲 (Otro	
							·				
ACCIDENTE D	TRABAJO										
Fecha /	/		Horar	io de la jornada e				a 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	iencio	18								
Agente material	asociado		Diagnóstico	1 🗆		2 🗆 🗆	3				
Naturaleza de la lesión 1											
Forma del accide	nte		Zona del cuerp	o afectada 1 [2	3				
ENFERMEDAD	PROFESIONAL										
		Agente Material		Zona del cuerpo		Tiempo de	Fecha	Forma de diagnóstico		Fecha de inicio de la	
	Descripción de la EP		ociado (ver tabla)	Afectada		posición al agente	de diagnóstico	(ver t		inasistencia laboral	
Agente Causante 1 (Ver tabla)	Diagnóstico 1										
	Diagrafation 2										
	Diagnóstico 2										
Agente Causante	Diagnóstico 1										
2 (Ver tabla)	Diagnóstico 2										
	5. / 4										
Agente Causante	Diagnóstico 1										
3 (Ver tabla)	Diagnóstico 2										
					·			•			
LA ENFERMED	AD SE DETECTO EN	(cóc	ligos de detecc	ión de la enfer	medad)						
Evamon programatica al		P Ausencia prolongada		A	A Capatoria Privada		N. Destrois Indicate				
Examen preocupacional					Sanatorio Privado			· · ·			
Examen periódico		R Transferencia de puesto de trabajo			Hospital Público						
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					
					F						
Lugar						Firma del denunciante					
Fecha						Aclaración del denunciante					
LAS TABLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTAN DISPONIBLES EN LA WEB						DNI del denunciante					