

DENUNCIA

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa..... CUIT..... Contrato N°..... CIU.....
 Domicilio..... Localidad:.....
 Código Postal..... Tel..... Fax..... E-mail:.....
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional.....
 Código Establecimiento..... CIU.....
 Empresa subcontratada: SI - NO CUIT ocurrencia.....
 Dirección..... Localidad..... Pcia. de ocurrencia o detección..... C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre:.....
 N° de C.U.I.L..... Nacionalidad.....
 Domicilio..... Localidad..... C.P.
 Tel..... Fecha Nacimiento...../...../..... Sexo: M - F

Tipo y Nro. Documento	DNI	LE	LC	CI	Pas

Estado civil

Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Separado	Unión Hecho

Fecha de Ing. en la empresa...../...../..... Fecha de Ing. al establecimiento...../...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo Rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta)..... Situación contractual..... Fecha último examen periódico...../...../.....
 Obra Social..... Reparto Capitalización A.F.J.P.:.....
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional..... Antigüedad.....
 Puesto de trabajo anterior:..... Antigüedad.....

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Accidente de trabajo Enfermedad Profesional

En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo Desplazamiento en día 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 accidentarse SI - NO
 Descripción del Accidente y sus consecuencias:.....

Agente material asociado	<input type="text"/>	Diagnóstico	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
		Naturaleza de la lesión	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
Forma del accidente	<input type="text"/>	Zona Afectada	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>

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						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

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	Examen de Egreso	O	Consulta de Amb. Púb. no Hospt.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial..... Domicilio.....
 Localidad..... Provincia..... C.P..... Tel.....
 Accidente in itinere..... Denuncia policial N°..... (Adjuntar Copia) Comisaría.....

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante