

**Denuncia de accidente de Trabajo o Enfermedades Profesionales**

ENFERMEDADES PROFESIONALES

ACCIDENTES DE TRABAJO

En el trabajo  En otro centro o lugar de Trabajo  Al ir o volver del trabajo  Desplazamiento en día laboral

Otro  Reagravamiento caso anterior  Fecha Reagravamiento...../...../..... Siniestro múltiple

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Razón Social.....CUIT:.....Contrato N°.....CUIL:.....

Dirección:.....N°.....Piso:.....Of:.....Localidad.....CP:.....

.....Localidad:.....Provincia:.....Tel/Fax:.....

Emp. Subcontratada: SI  NO

Nombre del Establecimiento de concurrencia o detección:.....CUIT de Ocurrencia.....

Código del establecimiento:.....CUIL:.....

Dirección:.....N°.....Piso:.....Of:.....Localidad.....CP:.....

Provincia de ocurrencia o detección:.....

**DATOS DEL TRABAJADOR**

DNI	LE	LC	CI	Pas.

Apellido y Nombre:.....Documento:.....

CUIL:.....Fecha de Nac.:...../...../.....sexo: M  F  Nacionalidad:.....

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Unido de hecho

Dirección:.....N°.....Piso:.....Localidad:.....CP:.....Provincia:.....

Tel:.....Fecha Ingreso:...../...../.....Remuneración a la fecha de Acc.: Sueldo: \$.....Jornal:\$.....

Turno de Trabajo Habitual: Fijo Diurno  Fijo Nocturno  Rotativo

Jornada Habitual Hs.:.....hasta.....Hs.....hasta.....Hs.....Situación Contractual:.....

F. de último Examen periódico:...../...../.....Obra Social:.....

Mano Hábil  Izquierda  Derecha Puesto de Trabajo al momento del Acc. o detección de la Enf. Prof. CIUO:.....

Antigüedad en el puesto que se accidentó:.....Puesto de trabajo anterior (CIUO).....

Antigüedad:.....

**ACCIDENTE DE TRABAJO – INFORME SOBRE EL SINIESTRO**

Fecha:...../...../.....Hs. Acc.: .....Hora de inicio jornada.....fecha de inicio de la inasistencia Laboral:...../...../.....

Descripción del Accidente y sus

Consecuencias:.....

.....

.....

.....

Código de Lesión (ver tablas) Acc. de Transito SI  NO  Gravedad Presunta: Leve  Grave  Mortal

Agente material asociado       Diagnostico 1       2       3

Naturaleza de la lesión 1   2   3

Forma del accidente     Zona afectada 1       2       3