

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

La presente denuncia tiene carácter de Declaración Jurada a los efectos legales (Art. 293 CP) Falsificación de documentos en general

SINIESTRO N°

EXPEDIENTE N°

DATOS DEL ORGANISMO

Lugar donde presta servicios:.....
 Domicilio.....Tel:.....
 Localidad:.....Prov.:.....CP.N°.....
 Dependiente de:.....

DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre y apellido:.....
 DNI./ LC. /LE./ CI .N°.....CUILN°.....
 Domicilio:.....
 Tel.:.....Localidad:.....
 Prov.:.....CP.N°.....
 Fecha de nacimiento:.....
 Estado civil:.....
 Nacionalidad.....
 Obra Social.....
 Sexo: Fem. Masc.
 Firma que usa habitualmente:

Tarea habitual :.....
 Sección:.....Fecha de ingreso en el puesto de trabajo
 Turno
 habitual Diurno Nocturno Rotativo
 Horario: de..... hastahs.
 de..... hastahs.

DATOS DEL SINIESTRO

Accidente en el ambito laboral: Accidente en comisión:
 Accidente In Itinere: Enfermedad profesional:

Fecha del siniestro (si es Enfermedad Profesional la fecha de la 1ra. manifestación invalidante)

Hora del siniestro:

Horario de trabajo el día del siniestro:

LUGAR DEL SINIESTRO:

Ubicación:.....

Localidad:.....Prov.:.....

Circunstancia en que ocurrió:

- Al ir o volver del trabajo
- Desplazamiento durante la jornada laboral
- En otro centro o lugar de trabajo
- Otros

Realizaba trabajo habitual SI NO

¿Qué tarea realizaba?.....

Descripción del hecho.....

Lesiones sufridas:.....

Datos del establecimiento asistencial derivado (primeros auxilios):.....

Naturaleza de la lesión:.....

Diagnostico (presuntivo y/o de certeza):

Médico:.....Matr.N°.....

Realizó denuncia policial: SI NO

Testigos:

Nombre y apellido DNI.N° Domicilio:

Lugar y fecha de emisión:.....

Firma Autoridad del Org. Empleador

Aclaración de firma y cargo

Sello Oval del Organismo

Esta información debe ser enviada o comunicada dentro de las 24 hs de ocurrido el siniestro.