Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional

ASOCIART

ART Nº 039-6 - CUIT 30-68627333-0

EMPLEADOR

Nombre de la empresa | CUIT | Póliza Nº | CIIU
Domicilio | Localidad | Provincia | CP
Tel | Fax | Email

ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCION DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre | CUIT ocurrencia o detección | Código Establecimiento
CIIU | Domicilio | Localidad
Pcia. de ocurrencia o detección | CP | Empresa subcontratada ☐ Si ☐ No

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre | Tipo y Nº de documento
CUIL | Nacionalidad | Tel | Fecha de nacimiento / / | Sexo ☐ M ☐ F
Domicilio | Localidad | Provincia | CP

Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Separado	Unión Hecho

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
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional | Antigüedad
Puesto de trabajo anterior | Antigüedad
CBU ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 accidenteHora accidente
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / / | Realizaba una tarea habitual al momento del accidente ☐ Si ☐ No
Descripción del accidente y sus consecuencias

Agente material asociado ☐☐☐☐☐☐ | Diagnóstico 1 ☐☐☐☐ 2 ☐☐☐☐ 3 ☐☐☐☐
Naturaleza de la lesión 1 ☐☐ 2 ☐☐ 3 ☐☐
Forma del accidente ☐☐☐ | Zona del cuerpo afectada 1 ☐☐☐ 2 ☐☐☐ 3 ☐☐☐

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