

# Denuncia de accidente sin baja laboral

**EMPLEADOR**

|   |              |      |           |
|---|--------------|------|-----------|
| Razón social                            | N° de Póliza | CUIT | Tel.      |
| Domicilio                               | Localidad    | CP   | Provincia |
| Actividad económica del establecimiento | CIU          |      |           |

| N° | Apellido y nombre | CUIL | Doc. Tipo y N° | Fecha | Tipo | Agente caus. | Forma | Zona afect. | Natu. lesión |
|----|-------------------|------|----------------|-------|------|--------------|-------|-------------|--------------|
| 1  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 2  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 3  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 4  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 5  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 6  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 7  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 8  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 9  |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 10 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 11 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 12 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 13 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 14 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 15 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 16 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 17 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 18 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 19 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 20 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 21 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 22 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 23 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 24 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 25 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |
| 26 |                   |      |                | / /   |      |              |       |             |              |

Sr./a \_\_\_\_\_

en calidad de \_\_\_\_\_

de la expresada empresa, expide la presente declaración

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma del denunciante \_\_\_\_\_

Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Doc. Tipo y N° \_\_\_\_\_

Firma y sello **ASOCIART ART** \_\_\_\_\_