



DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

ART N° 039-6 - CUIT 30-68627333-0

EMPLEADOR

Nombre de la empresa	CUIT	Póliza N°	CIU
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Tel	Fax	Email	

ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre	CUIT ocurrencia o detección	Código Establecimiento
CIU	Domicilio	Localidad
Pcia. de ocurrencia o detección	CP	Empresa subcontratada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre	Nacionalidad	Tel	Tipo y N° de documento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CUIL		Localidad	Fecha de nacimiento / /	CP
Domicilio			Provincia	

Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Separado	Unión Hecho
	<input type="checkbox"/>					

Fecha de ingreso en la empresa / /	Fecha de ingreso al establecimiento / /	Turno de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo
Jornada habitual (Desde/Hasta)	Situación contractual	Fecha último examen periódico / /
Obra social	Sistema Jubilatorio <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización AFJP	
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional		Antigüedad
Puesto de trabajo anterior		Antigüedad
CBU <input type="checkbox"/>		

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 accidente	Hora accidente
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / /		Realizaba una tarea habitual al momento del accidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descripción del accidente y sus consecuencias		

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

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 _____
Fecha _____

Firma del denunciante _____
Aclaración del denunciante _____
DNI del denunciante _____