



# DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

SINIESTRO N°

EXPEDIENTE N°

### DATOS DEL ORGANISMO

LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS

DOMICILIO: TEL:

LOCALIDAD: PROVINCIA: C. P.:

DEPENDIENTE DE:

### DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDO

DNI / L.E / L.C / C.I. N° C.U.I.L. N°

DOMICILIO

TEL LOCALIDAD

PROVINCIA C.P.

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

NACIONALIDAD

OBRA SOCIAL

SEXO: FEM.  MASC.

FIRMA QUE USA HABITUALMENTE:

TAREA HABITUAL

SECCION

FECHA DE INGRESO AL ORGANISMO

TURNO HABITUAL: Diurno  Nocturno  Rotativo

HORARIO: de hasta hs.

de hasta hs.

### DATOS DEL SINIESTRO

Accidente en el ámbito laboral  Accidente in itinere

Accidente en Comisión  Enfermedad profesional

Fecha del siniestro (si es Enfermedad Profesional la fecha de la 1er. Manifestación

invalidante)

Hora del siniestro

Horario de trabajo el día del siniestro

### LUGAR DEL SINIESTRO

Ubicación

Localidad Provincia

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 .....

Diagnóstico (presuntivo y/o de certeza): .....

Médico Mat N°

Realizó denuncia policial SI  NO

### TESTIGOS

Nombre y Apellido D.N.I. Domicilio

Lugar y Fecha de Emisión:

Firma Autoridad del Organismo 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