



**DENUNCIA POR PRESUNTO ACCIDENTE LABORAL Y/O VIAL Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL  
DE CARÁCTER OBLIGATORIO (completar los campos asignados)**

**FECHA DE DENUNCIA**

DÍA	MES	AÑO

**DENUNCIA DEL PRESUNTO TRABAJADOR ACCIDENTADO**

Ap. y Nombres:  Tipo de doc.:  N°:

Fecha de Nac.: 

DÍA	MES	AÑO

 Edad:  Género:  MASC.  FEM.  OTRO Estado Civil:

Domicilio:  Barrio:

Localidad:  CP:  Provincia:

Teléfono:  -  Celular:  -

E-mail:

Fecha de ingreso: 

DÍA	MES	AÑO

 Antigüedad en el puesto: AÑOS:  MESES:  Legajo N°:

Situación de revista:  Función:

Dependencia:  Jurisdicción:

Domicilio:  Tel. repartición:  -

Horario habitual de trabajo: DESDE:  HASTA:  Turno: FIJO:  ROTATIVO:  E-mail:

**DATOS DEL PRESUNTO ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

TIPO DE ACCIDENTE (marcar según corresponda) Horario de trabajo al momento del siniestro: DESDE:  HASTA:

- Accidente de Trabajo en Dependencia  Reagravamiento accidente anterior  
 Accidente de Trabajo en Comisión  Enfermedad Profesional  
 Accidente de Trabajo in Itinere (en el trayecto)  Siniestro vial o Accidente de tránsito

**TIPO DE TRABAJO**

- Habitual  
 No habitual

**ACCIDENTE MÚLTIPLE**

- Si  
 No

**DATOS DEL PRESUNTO SINIESTRO (Accidente de trabajo)**

Fecha del accidente: 

DÍA	MES	AÑO

 Hora del accidente:  Lugar del accidente:

Relación Causa - Dolencia:  Existente  No Existente

**DATOS DE LOS TESTIGOS DEL PRESUNTO ACCIDENTE (si los hubiera)**

En caso de no existir testigos especificar y firmar

Testigos:  Si  No ESPECIFICAR:  Firma: .....

**TESTIGO 1**

Ap. y Nomb.:

Tipo y N° Doc.:  -

Domicilio:

E-mail:

Teléfono:

**TESTIGO 2**

Ap. y Nomb.:

Tipo y N° Doc.:  -

Domicilio:

E-mail:

Teléfono:

**TESTIGO 3**

Ap. y Nomb.:

Tipo y N° Doc.:  -

Domicilio:

E-mail:

Teléfono:

**DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Completar en caso de presentar alguna enfermedad profesional

Fecha de detección:

DÍA	MES	AÑO

Fecha de último examen periódico:

DÍA	MES	AÑO

**Función al momento del Diagnóstico de la Enfermedad Profesional**

Antigüedad: .....

**DATOS DEL DENUNCIANTE**Ap. y Nomb.: Tipo de Doc.:  N°: Domicilio: Barrio: 

Firma y Sello Médico
-------------------------

**DATOS DEL PRESUNTO ACCIDENTE VIAL O TRÁNSITO**Fecha del Accidente: 

DÍA	MES	AÑO

Hora del Accidente: Lugar del Accidente: Vehículo: Dominio: Póliza: Causante: Nombre de la Aseguradora: **DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL MECANISMO DEL PRESUNTO SINIESTRO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**OTRAS OBSERVACIONES QUE CONSIDERE PERTINENTES Y/O CORRESPONDAN**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y Aclaración Denunciante
-----------------------------------

Firma y Sello Jefe Inmediato
---------------------------------

Firma y Sello Jefe División Personal / Jefe RR.HH. / Director
--

La presente Denuncia tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA, sujeta a validación de acuerdo a las actuaciones administrativas (sumario) que surjan de la repartición a la cual pertenece. (Ley 24.557/95)