



CORRESPONDE A RESOLUCIÓN N° ..... -ISJ-D-2025

**ANEXO I**

**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**

**\*Campo obligatorio**

Ap. y Nombres:  Tipo de doc.:  N°:

Fecha de Nac.: 

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
|     |     |     |

 Edad:  Género: 

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| MASC.                    | FEM.                     | BINARIO                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 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**

**\*Campo obligatorio**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo en Dependencia              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional                 |
| <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo en Comisión                 | <input type="checkbox"/> Siniestro vial o Accidente de tránsito |
| <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo in Itinere (en el trayecto) |   |

**TIPO DE TRABAJO**

- Habitual  
 No habitual

**ACCIDENTE MÚLTIPLE**

- Si  
 No

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

**\*Campo obligatorio**

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 **\*Campo obligatorio**

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** **\*Campo obligatorio**

Ap. y Nomb.:

Tipo de Doc.:  N°:

Domicilio:

Barrio:

.....

Firma y Sello Médico

**DATOS DEL PRESUNTO ACCIDENTE VIAL O TRÁNSITO** **\*Campo obligatorio**

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**

**\*Campo obligatorio**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

**\*Campo obligatorio**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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)