



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:

