



CORRESPONDE A RESOLUCIÓN N° **248** -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
☐	☐	☐

 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Accidente de Trabajo en Dependencia | ☐ Enfermedad Profesional |
| ☐ Accidente de Trabajo en Comisión | ☐ Siniestro vial o Accidente de tránsito |
| ☐ 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)