

Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



1 de 4

Fecha de denuncia / /

Accidente N°

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Apellido y Nombre: DNI:

Fecha de Nacimiento: / / Edad: Sexo: F / M – Estado Civil:

Nacionalidad – Provincia : -

Domicilio – Localidad – Teléfono: - -

Fecha de Ingreso: / /

Antigüedad en el Puesto (Años – Meses): Legajo N°:

Situación de Revista – Función: -

Dependencia – Jurisdicción: -

Domicilio – Teléfono repartición: -

Horario habitual de trabajo (desde – hasta) - Turno: fijo – rotativo

DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Horario de trabajo al momento del siniestro (desde – hasta): -

Tipo de siniestro (marcar lo que corresponda)

Accidente de trabajo en dependencia Accidente de trabajo en comisión

Accidente de trabajo in itinere (acompañar denuncia policial) Reagravamiento accidente anterior

Enfermedad profesional (indicar fecha de primera manifestación) / /

Tipo de trabajo: habitual – no habitual Accidente múltiple: si – no

Estudios medicos que acompaña:



Gobierno de Santa Fe



Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha del accidente: / / Hora del accidente:.....

Lugar del accidente: 1º atención médica (fecha – hora)

Nombre del prestador:

Descripción resumida del mecanismo del accidente o enfermedad profesional:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿En el accidente intervinieron terceros? SI NO

¿Presentó reclamo ante la aseguradora? SI NO

Compañía de Seguros

En caso de haber presentado el reclamo ante aseguradora, informarlo a la DiPart, personalmente por carta.
(En Rosario: Corrientes 2114. En Santa Fe: Bv. Galvez 1563)

Datos de los testigos del accidente (si los hubiera)

Testigo 1 / Nombre y apellido – tipo y nº de documento – domicilio - telefono

.....
.....

Firma:

Testigo 1 / Nombre y apellido – tipo y nº de documento – domicilio - telefono

.....
.....

Firma:

Firma denunciante:



Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



ACLARACIÓN / IMPORTANTE: ESTA PÁGINA DEBERÁ SER LLENADA EXCLUSIVAMENTE POR EL JEFE INMEDIATO, DE PERSONAL Y/O DIRECTOR

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y Apellido:

Tipo y N° De Documento:

Domicilio declarado por el agente ante la dependencia:

Día y hora en que se tomó conocimiento del accidente / enfermedad, y de qué manera

.....
.....

EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL, INDICAR:

Antigüedad del agente:

Horario de ingreso y egreso habitual del agente:

Tareas habituales del agente y en qué condiciones las realiza (elementos con los que trabaja, dimensiones del lugar, etc.)

.....
.....
.....

¿Ha presentado padecimientos similares anteriormente? ¿Cuáles? ¿Desde cuándo?

.....
.....

¿Es personal único en la tarea?

.....
.....



Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional



EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO, INDICAR:

¿La tarea que realizaba al momento del accidente corresponde a sus tareas habituales?

.....
.....

La tarea realizada al momento del accidente, ¿responde a la orden de un superior?
(si – no) (adjuntar constancia de la misma)

¿Cuál es el horario de trabajo que debía cumplir el día del accidente
y en qué lugar debía desempeñar sus funciones?

.....
.....

Si el trabajador asistió a trabajar el día del siniestro, adjuntar constancias
de horario de entrada / salida.

Para los casos de accidentes producidos fuera del establecimiento, ¿tenía autorización
para salir del mismo? (si – no) de ser afirmativo, se ruega acompañar constancia.

Se solicita adjuntar certificado de aptitud psicofísica y de atención
por emergencias médicas, si correspondiere.

Firma y sello jefe
inmediato y/o director

