

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO**TIPO DE ACCIDENTE**En dependencia En comisión In itinere Reapertura Reapertura SRT **DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y nombres:.....

Tipo y N° de documento (adjuntar copia del mismo)..... CUIL:.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:..... Estado civil:.....

Domicilio real: Calle..... N°:..... Piso:..... Depto.:..... Localidad:..... CP:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

Mail para notificación electrónica decreto 4463/17:.....

Función – Situación de revista.....

Antigüedad:..... Pluriempleo (adjuntar constancia de desempeño) SI NO Ingreso a la Administración Pública con APTO (acompañar el mismo) ABSOLUTO RELATIVO Se encuentra en Tareas Diferentes (adjuntar ficha lesiográfica): SI NO **LA AUTORIDAD SUPERIOR MANIFIESTA EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA (*)**

Dependencia – Jurisdicción:.....

Domicilio: Calle:..... N°..... Localidad:..... Teléfono:.....

Apellido, Nombre y Cargo de la autoridad superior que suscribe:.....

Día, hora y modalidad en que tomó conocimiento del accidente:.....

Indique si la tarea que realizaba el agente al momento del accidente es su tarea habitual SI NO Indique si la tarea que realizaba el agente al momento del accidente responde a la orden de un superior SI NO

Horario de trabajo que debe cumplir el agente accidentado:.....

Lugar en que debe cumplir tareas el agente:.....

Indicar si tenía autorización y en caso afirmativo adjuntar constancia de la misma original o copia certificada: SI NO ***DEBERÁ SER COMPLETADO POR LA AUTORIDAD SUPERIOR SIN EXCEPCIÓN**.....
Firma, aclaración, DNI y sello de la autoridad superior.....
Firma, aclaración y DNI del denunciante

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

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

Lugar preciso del accidente (dirección, con nombre de calle y altura catastral).....

Descripción del accidente:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicar lesión y zona del cuerpo afectada:.....

Asistencia médica en el lugar de cobertura (adjuntar certificado) SI NO

Profesional que realizó la primera asistencia médica (adjuntar certificado):.....

Si desea ofrecer testigos, deberá realizarlo con relato de los mismos en acta separada, indicando todos sus datos personales, la cual debe ser refrendada por la autoridad superior

Si es accidente in itinere: (adjuntar denuncia policial, y si es conductor/a licencia habilitante y tarjeta verde del rodado respectivo)

Intervinieron terceros: SI NO

Compañía aseguradora del tercero:.....

Presentó o presentará reclamo ante la misma SI NO (En caso afirmativo debe adjuntar copia de convenio firmado, discriminando los conceptos abonados)

.....
Firma, aclaración, DNI y sello de la autoridad superior

.....
Firma, aclaración y DNI del denunciante