

FORMULARIO DENUNCIA ACCIDENTE DE TRABAJO

DATOS DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRES:	D.N.I. N°
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:	TEL.
BARRIO:	MANO HÁBIL:

DATOS LABORALES

LUGAR DE TRABAJO DPTO. O ÁREA:		HORARIO DE TRABAJO S/DECLARACION JURADA:	
CUIL N°:	LEGAJO N°:		

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA y HORA:		N° SINIESTRO:	
LUGAR Y SECTOR DEL SINIESTRO:		HORARIO DE JORNADA DEL DIA:	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL HECHO Y SUS CONSECUENCIAS:			
ESTABLECIMIENTO A DONDE FUE DERIVADO:		MÉDICO INTERVINIENTE:	
		MATRÍCULA PROFESIONAL:	

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

APELLIDO Y NOMBRES:	D.N.I. N°
DOMICILIO:	
BARRIO:	TEL.

Firma del Agente

Firma Autoridad de la Facultad
