|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO** |
| Dependencia: | Complete con el nombre de la dependencia.  |
| Domicilio de la dependencia: | Complete con el domicilio de la dependencia.  |
| Persona que denuncia: | Complete con nombre y apellido de la persona que realiza la denuncia. |
| **DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO** |
| Apellido y nombre: | Complete con apellido y nombre del accidentado.  |
| Nro. de documento / CUIL: | Complete con nro. de documento o CUIL del accidentado.  |
| Domicilio: | Complete con domicilio del accidentado.  |
| Localidad: | Complete con localidad del domicilio del accidentado.  |
| Teléfono:  | Complete con número de teléfono del accidentado.  |
| Correo electrónico:  | Complete con correo electrónico del accidentado.  |
| Jornada laboral habitual: | Complete con los días y horarios de su jornada laboral habitual. |
| **DATOS DEL SINIESTRO** |
| Accidente de trabajo ocurrido en: | Otro:  |
| Fecha del accidente: | Seleccionar fecha del accidente. |
| Horario de la jornada laboral en el día del accidente: | Horario de la jornada laboral en el día del accidente. |
| Horario del accidente: | Horario del accidente.  |
| Fecha de inicio de la inasistencia laboral: | Seleccionar fecha de inicio de la inasistencia laboral.  |
| Descripción del accidente (especificar lo máximo posible): |
| Describa el accidente.  |
| Descripción de la lesión (detalle la zona del cuerpo afectada): |
| Detalle la zona del cuerpo afectada. |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y sello del Responsable Lugar y fecha Administrativo de la dependencia  |

Nota: Este formulario deberá ser enviado a capitalhumano@unsam.edu.ar dentro de las 48 hs. de haber transcurrido el accidente.