|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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](mailto:capitalhumano@unsam.edu.ar) dentro de las 48 hs. de haber transcurrido el accidente.