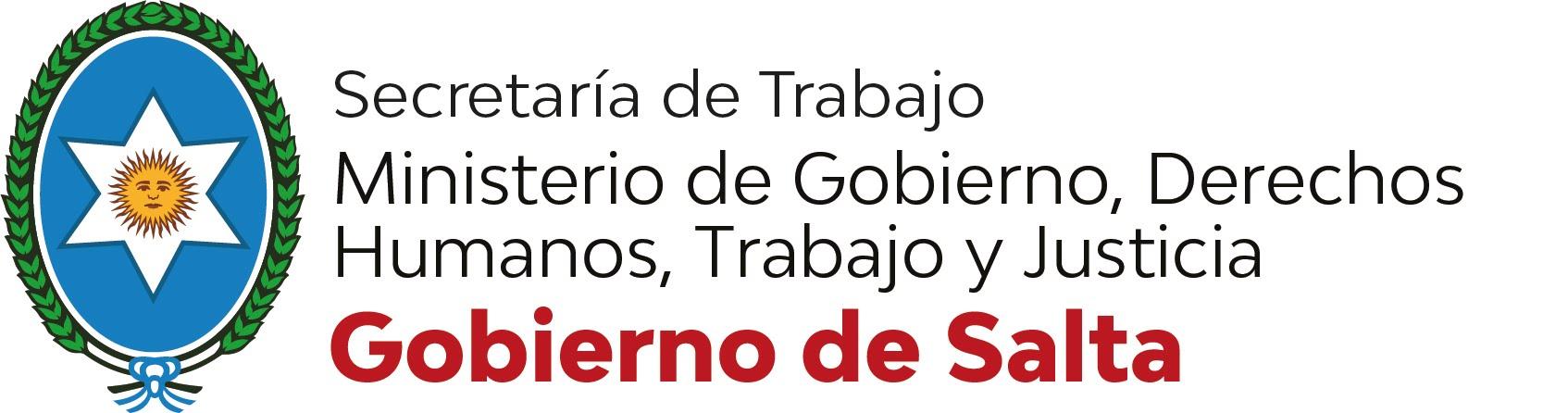
****

**MEDICINA LABORAL**

**Denuncia Accidente**

**De Trabajo**

En la Ciudad de Salta, a los       días del mes       de       , me presento ante la Secretaria de Trabajo de la Provincia de Saltas me a fin de solicitar realizar la presente **DENUNCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO.**

A tal fin en carácter de **DECLARACION JURADA** informo los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Circunstancias relativas al establecimiento donde trabaja el accidentado.** | |
| Nombre de la empresa o nombre y apellido: | |
| Actividad Principal |  |
| Si existe seguro, indicar compañía: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la trabajadora o el trabajador accidentado** | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido |  | | | | | | | | | |
| DNI |  | | Fecha de Nacimiento | | | / / | | Estado Civil | |  |
| Nacionalidad |  | | Lugar de Nacimiento | | | | |  | | |
| Domicilio |  | | | | | | | | | |
| Localidad |  | | | | Provincia |  | | | | |
| Teléfono |  | | | | E mail |  | | | | |
| Nombre y Apellido de Madre y Padre |  | | | | | | | | | |
| Profesión | | | | | Especialidad | | | | Escribe |  |
| Lee |  |
| Categoría o Cargo – Jefe, Subjefe- capataz- oficial- medio oficial, ect - | | | | | | | | | | |
| Forma de Pago – indicar si es por día, hora, semana, quincena o mes; si fuera por pieza, medida, indicar promedio quincenal- | | | | | | | | | | |
| Otras retribuciones – indicar si le dan casa, comida, comisiones, propinas- | | | | | | | | | | |
| Horas que Trabaja | | Por dia | |  | | | Por Semana | | | |
| Fecha en que se inicio la relación laboral: | | | | | | | | | | |
| Firma que usa habitualmente: | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Derechohabientes –** En caso de accidente mortal o supone pueda tener esas consecuencias  Padre- Madre- Conyuge – Conviviente - Hijos | | | |
| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Teléfono |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Circunstancia Relativas al Accidente** | | | |
| Lugar donde ocurrió el accidente: | | | |
| Fecha |  | Hora |  |
| Circunstancias en que se produjo: | | | |
| Tareas que se encontraba realizando al momento del accidente | | | |
| Fecha en que abandono el trabajo |  | Tareas Habituales |  |
| Aparato, maquina o herramienta que produjo la lesión: | | | |
| Parte del cuerpo lesionada: | | | |
| Lesión sufrida: - llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, ect.- | | | |
| Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios: | | | |
| Lugar en el que se le prestó asistencia médica – consultorio – sanatorio- hospital | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Testigos** | | |
| Nombre y Apellido | Domicilio | Teléfono |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Otros Datos** |
| Se instruyo sumario Policial: Si NO  Autoridad a la que fue elevado: |
| Sufrió otros accidentes: SI No  Fechas: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Denunciante** | | | | | | |
| Nombre y Apellido |  | | | | | |
| DNI |  |  | |  |  |  |
| Domicilio |  | | | | | |
| Localidad |  | | Provincia |  | | |
| Teléfono |  | | E mail |  | | |
| Relación con el Accidentado: | | | | | | |

Fecha:

Hora:

Lugar:

Firma del Denunciante