****

**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 consecuenciasPadre- 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 NOAutoridad a la que fue elevado: |
| Sufrió otros accidentes: SI NoFechas: |

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

Fecha:

Hora:

Lugar:

Firma del Denunciante