



Formulario N°1
Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

Denuncia N° :

(Sera brindado por el Call Center al momento de la denuncia)

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: DNI: Edad:
Fecha de Nacimiento: / / Localidad:
Domicilio: Teléfono:
Provincia:

Fecha de Ingreso:
Puesto de Trabajo Habitual: Antigüedad del Puesto:

Puesto de Trabajo en el momento del siniestro:

Turno Habitual: Fijo: Rotativo: Horario Habitual:

Accidente de Trabajo: In-Itinere: Enfermedad Profesional:

Fecha:(3)

Horario del Siniestro:

Descripción del Siniestro: (De ser necesario continuar al dorso)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Denuncia Policial o Sumario N°:

Mano hábil:

Comisaría:

Este formulario debe ser remitido dentro de las 48hs hábiles una vez denunciado el siniestro en las oficinas de gestión ubicadas en San Luis 1942, Posadas, ó vía email a: denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar

.....
Firma del Empleado

.....
Firma jefe de personal de la
repartición