

AMPLIACIÓN DE DENUNCIA

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: _____ CUIT: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN QUE OCURRIÓ LA CONTINGENCIA

Denominación: _____ Actividad: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre: _____ CUIL: _____

Domicilio Real: _____

Teléfono: _____

Puesto de trabajo habitual: _____

Puesto de trabajo en el momento del siniestro: _____

Fecha de ingreso a la empresa: ____ / ____ / ____ Antigüedad en el puesto: _____

Jornada laboral habitual: Hora de inicio: ____ : ____ Hora de cierre: ____ : ____

ACCIDENTE

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora de inicio de la jornada: ____ : ____ Hora accidente: ____ : ____

Lugar del accidente: _____

Modo y circunstancia en que tuvo lugar (mecánica del accidente y lesiones resultantes del mismo):

PARA ACCIDENTES IN ITINERE

Calle / Altura / Intersección en que tuvo lugar: _____

Intervención de terceros: SI NO

En caso afirmativo, describa: _____

Puesto de trabajo habitual: _____

Intervención policial: SI NO N° denuncia policial: _____

Testigos del hecho: Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Testigos del hecho: Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Centro Médico asistencial al que fue derivado el trabajador: _____

Adjunta documentación médica SI NO
