

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, describa:	
Puesto de trabajo habitual:	
Intervención policial: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Fecha

Firma

Aclaración