

# DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL PERSONAL DE LA POLICIA DE LA PROVINCIA DE JUJUY

AVENIDA CORONEL MARIANO SANTIBAÑEZ N° 1372 SAN SALVADOR DE JUJUY, JUJUY TELEFONO 0388 483-0300 CUIT 30-67151402-1 OBRA SOCIAL - APP INSTITUTO DE SEGURO DE JUJUY ALVEAR N° 745 TEL. 0810-7777-2583



FECHA DEL SINIESTRO / / FECHA DE DENUNCIA / / FECHA DE INICIO DE LA INASISTENCIA LABORAL / /

## DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO Y NOMBRE		N° DNI	EDAD
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO / /		SEXO	ESTADO CIVIL
DOMICILIO			
PROVINCIA	LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	
TELEFONO FIJO	CELULAR ( )	CORREO ELECTRONICO	@
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION / /		FECHA DE INGRESO AL DESTINO / /	
LEGAJO POLICIAL	FECHA ÚLTIMO EXAMEN PERIODICO / /		
DESTINO	TELEFONO	ANTIGÜEDAD	
PUESTO DE TRABAJO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE			ANTIGÜEDAD
HORARIO DE TRABAJO HABITUAL: Desde : Hasta : TURNO: Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>			

## DATOS DEL SINIESTRO

TIPO DE ACCIDENTE (marque con una X el que corresponda)

Accidente de trabajo:

Enfermedad Profesional:

Accidente al ir o retirarse del trabajo (in itinere):

Accidente vial:

HORA DEL ACCIDENTE : EN HORARIO DE SERVICIO  EN HORARIO DE FRANCO DE SERVICIO

HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE DE : HASTA :

DOMICILIO O LUGAR DEL ACCIDENTE

## ACCIDENTE DE TRABAJO

Uso exclusivo Servicios Sociales

### DIVISION SERVICIOS SOCIALES D-1 (Denunciante)

Codificación según R.E.N.A.L

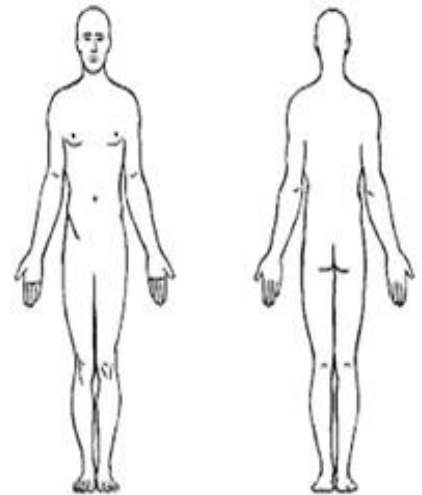
A.-Agente material asociado: / / / / /

B.-Forma del accidente: / / / /

C.-Naturaleza de la lesión: / /

D.-Zona del cuerpo: / / /

Sello oval y firma del Oficial Denunciante



Colorear zonas afectadas

Sello dependencia policial Firma y sello del Oficial  
Certificante

Firma y Aclaración Denunciante  
Fecha de llenado del formulario / /

La información consignada en la presente Denuncia reviste carácter de Declaración Jurada, sujeta a la validación a las actuaciones administrativa