

Formulario N°2
Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ⁽¹⁾

Primeros Auxilios. Medico:	M.P. N°
Establecimiento Asistencial:	
Domicilio:	Localidad:
	Provincia:
	Teléfono:
Testigos:	
1) Nombre y Apellido:	DNI:
Domicilio:	Localidad: Provincia:
2) Nombre y Apellido:	DNI:
Domicilio:	Localidad: Provincia:
Prestadora: (a la que fuere derivado el damnificado):	
Domicilio:	Localidad: Provincia:
C.P.:	Teléfono:

.....
Firma y Sello del Empleador ⁽⁴⁾

(1) Formulario N°1, "Solicitud de Atención" y Formulario N°2 "Denuncia por Accidente o Enfermedad Profesional" son iniciadores del expediente correspondiente y el mismo debe ser remitido al ISPRO y SETySS para su resguardo hasta el alta médica del paciente.
(2) Otorgado por la Gerenciadora de Riesgo al momento de la denuncia telefónica.
(3) En enfermedad profesional, fecha de la primera manifestación.
(4) Responsable de personal, Recursos Humanos, Director del Área, Jefe de Departamento.