

Formulario N°3
Notificación del Empleador de la Aceptación o Rechazo
del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ⁽¹⁾

Denuncia N°⁽²⁾:

Lugar: Fecha: Hora:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: DNI:
Domicilio: Localidad:
Provincia: Teléfono:

DATOS DEL EMPLEADOR

Domicilio: CUIT:
Provincia: CP:
Localidad: Teléfono:

DATOS DEL PRESTADOR

Domicilio: CUIT:
Provincia: CP:
Localidad: Teléfono:

RECHAZO ACEPTACIÓN

Motivo:
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Responsable
Área de Personal (Empleador)

.....
Firma y Sello del Responsable
Área Legal (Empleador)

.....
Firma y Sello del Responsable
Área Medicina del Trabajo
(Gerenciadora)

.....
Firma y Sello del Trabajador o
Derecho habientes

Fecha: Hora:

(1) Se deberá notificar a la SETySS y al trabajador.
(2) Otorgado por la Gerenciadora de Riesgo al momento de la denuncia telefónica.