

**DATOS DEL EMPLEADOR**

**MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA**  
**Marcelo T. De Alvear 120 - CP 5000 - Córdoba**

Nombre del Establecimiento : \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Código de Empresa: \_\_\_\_\_  
 CUIT: \_\_\_\_\_ Código Establecimiento: \_\_\_\_\_ CIU: \_\_\_\_\_  
 Superior Inmediato \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_  
 CUIL: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso en la empresa: \_\_\_\_\_  
 Situación contractual: \_\_\_\_\_ Fecha último examen periódico: \_\_\_\_\_  
 Jornada habitual (Desde/Hasta): \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_  
 Puesto de trabajo en el momento del Accidente: (C.I.U.O) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO**

En el trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o al volver del trabajo  Desplazamiento en el día laboral  Otro   
(Accidente In Itinere)

**ACCIDENTE DE TRABAJO**

Fecha: \_\_\_\_\_ Horario de la jornada el día del Accidente: \_\_\_\_\_ Horario Accidente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: \_\_\_\_\_ Realizaba una tarea habitual al accidentarse SI  NO   
 Descripción del Accidente y sus consecuencias (detallar lugar, medio de movilidad, recorrido, testigos, para Accidente In Itinere) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Agente Material Asociado   
(ver tabla 3)  
 Forma del Accidente   
(ver tabla 5)

Naturaleza de la lesión 1  2  3   
(ver tabla 6)  
 Zona del cuerpo afectada 1  2  3   
(ver tabla 4)

**DATOS DEL PRESTADOR MEDICO**

Centro Asistencial: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante