

DATOS DEL EMPLEADOR

MUNICIPALIDAD DE CORDOBA
Marcelo T. De Alvear - 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 de la detección de Enfermedad Profesional: (C.I.U.O) _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de primera manifestación invalidante: _____ Fecha de inicio de la inasistencia laboral: _____

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla 3)	Zona del cuerpo afectada (ver tabla 4)	Tiempo de exposición al agente (meses)	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla) *	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla 7) Diagnóstico 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla 7) Diagnóstico 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla 7) Diagnóstico 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3						

* LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (Códigos de detección de Enfermedad)

Examen Preocupacional	P	Ausencia Prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de Trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Amb. Pub. no Hospit.	M	Prestación ART	B

DATOS DEL PRESTADOR MÉDICO

Centro Asistencial: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____ Tel: _____

 Lugar y Fecha

 Firma, aclaración y DNI del Denunciante