

**DATOS DEL EMPLEADOR**

**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**  
Rosario de Santa Fe 650 - 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

Naturaleza de la lesión (ver tabla 6) 1   2   3

Forma del Accidente (ver tabla 5)

Zona del cuerpo afectada (ver tabla 4) 1    2    3

**DATOS DEL PRESTADOR MÉDICO**

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

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante