

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 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