# NOMINA DE PERSONAL EXPUESTO A AGENTES DE RIESGO

ASOCIART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

**ALTA** ☐ **MODIFICACION** ☐ MARCAR LO QUE CORRESPONDA - **ALTA:** Se declara a todo el personal expuesto **MODIFICACION:** Se declaran cambios parciales a aplicar sobre la planilla de Alta

**COMPLETAR UN ANEXO POR CADA ESTABLECIMIENTO** **HOJA NRO:** **CANTIDAD DE HOJAS:**

Razón Social: Póliza: CUIT:

Nro. de Establecimiento (según Form. Establecimientos): Nombre:

Actividad Principal del Establecimiento CIIU:

Calle: Nro. Piso: Ofic.: Localidad: C.P. Provincia:

Contacto para coordinar Exámenes en Salud: Teléfono: E-mail:

| CUIL | Apellido y nombre | Antigüedad en la empresa (años/meses) | Area | | Sector | Tarea/Puesto de trabajo | Antigüedad en el puesto (años/meses) | Agentes de Riesgo a que se encuentra Expuesto, según Disposición GPyC SRT N° 2/2014. | | | | | **Inicio de Exposición** al Agente de Riesgo | **Fin de Exposición** al Agente de Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Pr.* | Ad.* | | | | Código 1 | Código 2 | Código 3 | Código 4 | Código 5 | | |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |
| | | | | | | | | | | | | | / / | / / |

Se solicita la entrega de la planilla en original a su sucursal mas cercana y notificar a la ART cualquier modificación de esta DDJJ por puesto de trabajo y/o agentes de riesgos. La información consignada se efectúa en carácter de Declaración Jurada, siendo todos los datos completos y veraces. En caso de no poseer personal expuesto a agentes de riesgo, cruzar la planilla con la leyenda **"No hay Personal Expuesto a Agentes de Riesgo"**

En a los días del mes de de

Firma Asesor en Higiene y Seguridad:

Aclaración:

Sello:

Firma del Titular Apoderado:

Apellido y Nombre:

Doc. Tipo y Nro.

* Referencias: Pr: Producción Ad: Administración

**Completar al dorso**

# DOCUMENTACION TECNICA RESPALDATORIA

ASOCIART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

| Código del Agente de Riesgo Declarado | Sector | Tarea/Puesto de Trabajo | Jornada Laboral (Hs./Día) | Contacto con el Agente de Riesgo (Hs./Día) | Fecha de la Evaluación | Método de Evaluación utilizado | Valores obtenidos | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

En caso de realizar Estudios Ergonómicos del Puesto de Trabajo (Códigos 80004 - 80005) según Res. MTESS 295/2003, informar la conclusión obtenida en el campo de **"Observaciones"**.Adjuntar copias de los Estudios y Mediciones consignados debidamente rubricados por el responsable de su confección.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma Asesor en Higiene y Seguridad: _____

Aclaración: _____

Sello: _____

Firma del Titular Apoderado: _____

Apellido y Nombre: _____

Doc. Tipo y Nro. _____

**USO INTERNO ASOCIART ART**

☐ Vº

☐ Solicitud de Revisión

Observaciones: _____

**COMUNICACION A LA EMPRESA**

Fecha: _____ Medio: _____

Firma y sello: _____