

DENUNCIA DE ACCIDENTE SIN BAJA LABORAL

EMPLEADOR

Razón social	N° de Póliza	CUIT	Tel.
Domicilio	Localidad	CP	Provincia
Actividad económica del establecimiento		CIU	

N°	Apellido y nombre	CUIL	Doc. Tipo y N°	Fecha	Tipo	Agente caus.	Forma	Zona afect.	Natu. lesión
1				/ /					
2				/ /					
3				/ /					
4				/ /					
5				/ /					
6				/ /					
7				/ /					
8				/ /					
9				/ /					
10				/ /					
11				/ /					
12				/ /					
13				/ /					
14				/ /					
15				/ /					
16				/ /					
17				/ /					
18				/ /					
19				/ /					
20				/ /					
21				/ /					
22				/ /					
23				/ /					
24				/ /					
25				/ /					
26				/ /					

Sr./a _____

en calidad de _____

de la expresada empresa, expide la presente declaración

Lugar y fecha _____

Firma del denunciante _____

Apellido y nombre _____

Doc Tipo y N° _____

Firma y sello **ASOCIART ART** _____