



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

REQUISITOS COMPLEMENTARIOS
CONTINGENCIA DENUNCIADA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

..... de de 2017

(*) DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre del Trabajador:

C.U.I.L. N° - -

Fecha de Nacimiento:/...../..... Sexo: M F

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa:

C.U.I.T. N° - -

Teléfono de contacto de la Empresa:

E-Mail de contacto de la Empresa:.....

Domicilio legal de la Empresa:

Calle:.....

Nro.: Piso: Depto.....

Localidad:.....

CP:..... Provincia:.....

(*) Domicilio del establecimiento donde desempeña/ba:

(*) Calle:.....

(*) Nro.: **(*)Piso:** **(*)Depto**.....

(*) Localidad:..... **(*) CP:**.....

(*) Provincia:.....

(*) DATOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL

Enfermedad denunciada como de índole Profesional/Laboral:.....

.....

Fecha de toma de conocimiento/diagnóstico de la Enfermedad denunciada:.....

Antigüedad en la Empresa (años/meses):.....

Antigüedad en el Puesto/Sector de trabajo (años/meses):.....

Nombre del Puesto/Sector de trabajo:

.....

Jornada Laboral:

▪ cantidad de horas semanales:

▪ cantidad de días trabajados a la semana:

Agente/s de riesgo invocado/s:

.....

.....

Utiliza Elementos de Protección Personal (señale con una cruz): SI NO

En caso afirmativo, indique cuales:

.....

Descripción de las tareas realizadas:

.....

.....

.....

.....

Alguna vez lo cambiaron de puesto de trabajo: SI NO

En caso afirmativo, detalle que tareas realizaba:.....

.....

.....

.....

En la actualidad continúa trabajando: SI NO

En caso negativo, señale el motivo del caso laboral:

Licencia Médica Despido Suspensión de Tareas

Por la Enfermedad denunciada a la ART/EA, realizó algún tratamiento médico SI NO

En caso afirmativo, detalle el tratamiento médico que realizaba:

.....

.....

.....

.....

.....

IMPORTANTE: Sr. Trabajador, el presente formulario debe ser completado de puño y letra, en imprenta mayúscula. Asimismo, se le informa que los datos por Ud. consignados en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada.

(*) Datos obligatorios.

.....
[Firma y aclaración del trabajador damnificado]

.....
[Firma y aclaración del Funcionario SRT interviniente]