



Misiones
PROVINCIA

UCAPP

Unidad de Coordinación del
Autoseguro Público Provincial

Formulario N°1

Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional

Denuncia N°

*Será brindado por el call center al momento de la denuncia

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido

DNI Fecha de nacimiento Edad

Domicilio Teléfono

Provincia Localidad

DATOS DEL EMPLEADOR

Patronal

Lugar de trabajo

Dirección Teléfono

Jefe responsable Horario laboral

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha Hora

Descripción del siniestro (de ser necesario continuar al dorso):

Denuncia policial o sumario N° Comisaría

Mano hábil

*** Este formulario debe ser remitido dentro de las 48 hs hábiles una vez denunciado el siniestro en las oficinas de gestión ubicadas en calle San Martín N° 1012, Posadas, o vía e-mail a denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar**

Firma del Trabajador

Firma y sello del funcionario
autorizado por la patronal