MISIONES | UCAPP
Unidad de Coordinación del Autoseguro Público Provincial

Formulario N°1
Denuncia de accidente de trabajo

Denuncia N° _____

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

ACCIDENTE LABORAL ☐
Hecho ocurrido en ocasión de trabajo

IN ITINERE ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido _____

DNI _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Domicilio real _____

Tel / Cel _____ Email _____

Localidad _____ Provincia _____

Medio habitual de transporte _____

Horario habitual de trabajo _____

Mano hábil *(derecha / izquierda) _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Patronal _____
*(conforme su recibo haberes)

Lugar de trabajo efectivo _____
*(aclarar si se encuentra en comisión de servicios, afectado o adscripto a otro organismo)

Dirección _____

Jefe responsable _____

Tel N° _____

Email _____

⚠ **Tenga presente que los datos e información vertidos en este formulario, revisten carácter de declaración jurada**

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha | Horario del siniestro

Lugar del siniestro

Descripción del siniestro:

EN CASO DE ACCIDENTE IN ITINERE **Adjuntar Croquis/mapa donde se pueda observar el domicilio particular/real del agente, el domicilio laboral y lugar del siniestro.** Completar dentro de los 10 días del siniestro.

Denuncia policial o sumario N° | Comisaría

Este formulario debe ser presentado dentro de las 48 horas hábiles, posteriores a la denuncia telefónica del siniestro. **Agentes públicos de Posadas y alrededores:** personalmente en sede de *Catamarca 1520 (N3300BDH), planta baja, Posadas*. **Agentes públicos del resto de la Provincia:** a través de correo electrónico a *denunciasiniestro@ucapp.misiones.gob.ar*

Firma del Trabajador

Firma y sello del funcionario autorizado por la patronal

Tenga presente que los datos e información vertidos en este formulario, revisten carácter de declaración jurada