

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

APELLIDO Y NOMBRE	<input type="text"/>	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text" value="/ /"/>	EDAD	<input type="text"/>
		SEXO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
NACIONALIDAD	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	<input type="text"/>
	PROVINCIA <input type="text"/>	DEPTO.	<input type="text"/>
		LOCALIDAD	<input type="text"/>
DOMICILIO	<input type="text"/>	CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>
		TELÉFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>	CBU *	<input type="text"/>
DEPENDENCIA	<input type="text"/>	JURISDICCIÓN	<input type="text"/>
DOMICILIO	<input type="text"/>	TELÉFONO REPARTICIÓN	<input type="text"/>

* Adjuntar comprobante consulta CBU

DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

TIPO DE ACCIDENTE (Marcar lo que corresponda)	HORARIO DE TRABAJO AL MOMENTO DEL SINIESTRO	Desde: <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo en dependencia <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo en comisión <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo in Itinere	<input type="checkbox"/> Reagravamiento accidente anterior <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Habilitado <input type="checkbox"/> No Habilitado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DETALLE DE GASTOS A REINTEGRAR

FECHA	CONCEPTO	MONTO
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total MONTO en pesos (\$)		<input type="text"/>

.....
Firma y Aclaración del Beneficiario