

Descripción del Puesto de Trabajo

1) Datos del Trabajador

- Nombre y Apellido:
- CUIL:
- Teléfono de contacto (**Indispensable**):
 - Celular Particular:
 - Whatsapp:
- Correo electrónico:
- Obra Social o Prepaga actual:
 - Número de asociado:
- Nombre de la entidad sanitaria que previno en la atención médica:

- Establecimiento laboral al cual el trabajador reporta y/o presta tareas laborales:
 - Domicilio:
 - Provincia:
 - CPA:

2) Datos del Empleador:

- Razón Social:
- CUIT:
- Domicilio de Ocurrencia:
- Localidad:
- Provincia:
- CPA:
- Fecha:
- Correo electrónico:

Descripciones Generales

- Actividad de la Empresa:
- Modalidad de Trabajo adoptada - *Marque lo que corresponda*:-
 - Teletrabajo:
 - Presencial:
 - Mixto:

- Sector de Trabajo:

- Descripción del puesto de trabajo, funciones, actividades o tareas habituales desarrolladas por el trabajador siniestrado:

- Especificar Jornadas trabajadas (días y horarios):

En prueba de conformidad se adjunta como complemento a la D.D.J.J. emitida, la siguiente documentación respaldatoria:

- *Foto DNI (ambos lados) del damnificado.*

Firma del Empleador:

Aclaración del Empleador: