



REGISTRO DE PROCESOS UNIVERSALES Y DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Poder Judicial

Nro:

Fecha:

Señor
Funcionario a cargo del
Registro de Procesos Universales y de
Accidentes y Enfermedades Ocupacionales

S _____ / _____ **D**

Quien suscribe

informa a Ud que se han iniciado las siguientes **actuaciones sobre accidentes y enfermedades ocupacionales:**

I - Datos del trabajador accidentado o enfermo

Apellido:

Nombres:

Actividad:

Antigüedad en ese empleo:

Edad:

Doc. Tipo:

Nro:

Estado Civil:

Domicilio:

Localidad:

II - Datos del accidente y/o enfermedad

Fecha: _____ Localidad donde ocurrió: _____

Circunstancias de lugar y modo del accidente y/o enfermedad:

Lesión y/o enfermedad denunciada:

III - Datos del reclamo

Concepto reclamado (objeto de la demanda):

Porcentaje de Incapacidad reclamada:

Monto reclamado:

IV - Datos de los responsables demandados

Nombres del empleador y/o responsables:

Domicilio:

Localidad:

Ramo o actividad:

Otros responsables o demandados:

V - Datos del Proceso

Expediente Nro.: _____ Año: _____

Carátula:

Vínculo del Actor con el accidentado:

Profesionales del actor:

Acción interpuesta (Tachar lo que no corresponda):

1 -Especial

2-Civil

Juzgado:

Localidad:

Fecha de iniciación de la causa:

Observaciones:

Firma Secretario:

Se hace saber que por ante este REGISTRO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES se registran antecedentes a nombre del trabajador indicado, habiéndose efectuado en la fecha, la toma de razón correspondiente a la presente comunicación.