

ANEXO II – RECHAZO ACCIDENTE DE TRABAJO

Datos del trabajador

Nombre y apellido

CUIL

Asistencia Letrada (Procedimientos Res. SRT N° 298/17)

Nombre y Apellido

CUIT/Domicilio electrónico

Matrícula - Jurisdicción

Datos del Empleador

Nombre/Razón Social

CUIT

Domicilio del lugar de efectiva prestación de servicios
o donde habitualmente reporta

Localidad

Provincia

DATOS DE LA ART, EMPLEADOR AUTOASEGURADO O EMPLEADOR NO ASEGURADO

Denominación/Razón Social

CUIT (En caso de empleadores)

Datos del accidente

Tipo de contingencia

☐

Accidente de trabajo

☐

Accidente in itinere

Fecha de la denuncia:

Fecha de baja laboral (en caso de corresponder):

Fecha de ocurrencia:

Describí los hechos y las circunstancias en que ocurrió el accidente:

Detallá el o los compromisos o diagnósticos derivados de la contingencia:

Solo en caso de accidentes in itinere

Horario de ingreso y egreso al puesto de trabajo	
Domicilio del lugar donde presta servicios o donde habitualmente se reporta	
Domicilio de residencia	
Lugar del accidente	
Hora del accidente	
¿Realizó denuncia policial?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Atención médica

Fecha de primera atención médica:

1. ¿Recibiste atención de la ART?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Recibiste atención médica de la Obra Social, Prepaga o Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Realizaste algún estudio médico en la Obra Social, Prepaga o Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Detallá las pruebas ofrecidas que demuestran que tiene origen laboral:

Las partes deberán ofrecer, en su primera presentación, toda la prueba de la que intenten valerse acompañando en esa oportunidad la documental pertinente. Cuando la parte trabajadora invocare haber recibido tratamiento médico a través de su Obra Social o de prestadores públicos o particulares, deberá acompañar la historia clínica correspondiente. (art. 7° Res. SRT N° 298/17; punto 19 del Anexo I de la Resolución SRT 179/15; art. 14, Ley N° 26.529)*

Atención médica

Solicito la intervención de la Comisión Médica	N°	Jurisdicción
Fundamento (Acompañar DNI, Certificado Res. SRT N° 698/17 o DDJJ Res. SRT N° 11/18, según corresponda)	<input type="checkbox"/> Domicilio	
	<input type="checkbox"/> Domicilio de efectiva prestación de servicios	
	<input type="checkbox"/> Domicilio donde habitualmente reporta	

La persona firmante declara que la información consignada es verídica y completa.

Firma Trabajador.	Aclaración
Firma Letrado Patrocinante. (En caso de corresponder)	Aclaración

Fecha:

Aclaración: En caso de que los espacios no resulten suficientes, incorpore una hoja aparte debidamente firmada con la información adicional.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO II - Expediente EX-2025-140614308-APN-SCL#SRT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.