

Accidentado con antigüedad menor a 6 meses también completar campos Trabajador similar 1 y 2 (mismo escalafón y actividad)

Trabajador similar 1		Trabajador similar 2	
País	Tipo y N° de documento	País	Tipo y N° de documento
Mes/ Año	Cant. Días trabajados	Mes/ Año	Cant. Días trabajados

Si se cuenta con un solo trabajador/a en la actividad, dejar estos campos sin completar

Detallar cómo ocurrió el accidente

Detallar lesiones y partes del cuerpo afectadas (identificar lado izquierdo/ derecho)

Lugar donde ocurrió el accidente

Dirección	Localidad/Ciudad	Departamento

Testigos

Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	

Sello de Centro educativo/
dependencia

Firma del jerarca directo del accidentado

Nombre		Teléfono	
--------	--	----------	--

Observaciones