ART MUTUAL RURAL

RELEVAMIENTO DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AGENTES DE RIESGO

Razón Social: | Fecha:

Contrato: | CUIT: | CIIU:

Nombre de Establecimiento: | Número del Establecimiento (AFIP):

Dirección - Calle/Ruta: | Piso/Km: | Dpto:

Código Postal: | Localidad: | Provincia:

Contacto para operativo EMP: | Teléfono/s: | Fax:

Mail:

Actividad Principal: | Actividad Secundaria:

Cantidad de Trabajadores Expuestos: | Cantidad de Trabajadores NO Expuestos:

CUIL	Apellido y Nombre	Sector y/o Tarea	Fecha de ingreso al puesto de trabajo	Horas de Exposición	Fecha de Ultimo Examen Medico de ART	Código de Agente de Riesgo

Por La Empresa / Firma y aclaración