

Marcar lo que corresponda

ALTA

MODIFICACIÓN

Alta: Se declara a todo el personal expuesto

Modificación: Se declaran cambios parciales a aplicar sobre la planilla de Alta

Completar un anexo por cada establecimiento

Hoja N°:

Cantidad de Hojas:

Razón Social:				Póliza:			Fecha:				
N° de Establecimiento (según Form. Establecimientos):				Nombre:			CUIT:				
Actividad Principal del Establecimiento:								CIU:			
Calle:			Ofic.:	Localidad:			C.P.:		Provincia:		
Actividad Secundaria:			Cantidad de Trabajadores Expuestos:				Cantidad de Trabajadores NO Expuestos:				
Contacto para coordinar Exámenes:				Tel.:			E-mail:				

CUIL	Apellido y Nombre	Puesto de Trabajo	Sector	Area (x)		Fecha de Ingreso a la empresa	Antigüedad en la empresa (años/meses)	Inicio de Exposición al Agente de Riesgo	Agentes de Riesgos a que se encuentra Expuesto					
				Pr.	Ad.				Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	Código 5	

Se solicita la entrega de la planilla en original a su sucursal mas cercana y notificar a la RURAL MUTUA ART cualquier modificación de esta DDJJ por puesto de trabajo y/o agentes de riesgos. La información consignada se efectúa en carácter de Declaración Jurada, siendo todos los datos completos y veraces. En caso de no poseer personal expuesto a agentes de riesgo, cruzar la planilla con la leyenda "No hay Personal Expuesto a Agentes de Riesgo".

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA RESPALDATORIA

Código del Agente de Riesgo Declarado	Sector	Tarea/ Puesto de Trabajo	Jornada Laboral (Hs/Día)	Contacto con el Agente de Riesgo (Hs/Día)	ESTUDIOS Y MEDICIONES HIGIÉNICAS REALIZADAS EN FUNCIÓN AL AGENTE DE RIESGO			
					Fecha de la evaluación	Método de evaluación utilizado	Valores obtenidos	Observaciones

En caso de realizar Estudios Ergonómicos del Puesto de Trabajo (Códigos 80004 - 80005) según Res. MTESS 295/2003, informar la conclusión obtenida en el campo de "Observaciones". Adjuntar copias de los Estudios y Mediciones consignados debidamente rubricados por el responsable de su confección.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma Asesor en Higiene y Seguridad: _____

Firma Representante Legal o Apoderado: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Sello: _____

Sello: _____