

Formulario de Ingreso

Para exámenes preocupacionales y Exámenes Previos a la Transferencia de Actividad
(Generados por INICIO de una actividad con exposición a un agente de riesgo)

Tipo de examen realizado:

- EXÁMEN PREOCUPACIONAL**
- EXAMEN PREVIO A LA TRANSFERENCIA DE ACTIVIDAD** (generado por el INICIO de una actividad con exposición a un agente de riesgo).

Nombre y Apellido del ingresante _____	
D.N.I. _____	N°CUIL _____
Fecha de Realización del examen _____	Fecha de incorporación al puesto de trabajo _____
Alteración detectada:	Grado de incapacidad que le ocasiona
Agente/s de riesgo a que estará expuesto	
Nombre, domicilio y tel. del prestador que efectuó el examen	
Nombre y domicilio del lugar donde puede ser auditado el examen	
Organismo donde fue fiscalizado o visado el examen	
Empleador _____	
CUIT: _____	Nro. Contrato _____
Actividad _____	CIU _____
Domicilio _____	
Teléfono _____	e-mail _____

“Este formulario deberá remitirse solamente cuando se detecten alteraciones en los exámenes realizados.”

Firma, aclaración y sello
del responsable de la empresa