

FORMULARIO 2
Exámenes Preocupacionales

Exámenes Previos a la Transferencia de Actividad
y
Exámenes Previos a la Transferencia de Actividad
(generados por el INICIO de una actividad con exposición a un agente de riesgo)

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: EXAMEN 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: DNI: N°CUIT:

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:

ACTIVIDAD: CONTRATO N°:

DOMICILIO: TEL:

FECHA: / /

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

.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO
DEL RESPONSABLE DE LA EMPRESA