|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número(1)** | **Fecha de ocurrencia del Accidente del Trabajo**  | **Se aplicó el procedimiento****(si o no)(2)** | **Participación del Comité Paritario en la investigación (Si o No)**  | **Justificación de la NO participación del Comité Paritario en la investigación**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(1) Número debe coincidir con el registro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

(2) En relación con la notificación del accidente, la denuncia ante el Organismo Administrador de la Ley 16.744, la derivación del trabajo al centro asistencial, la investigación del accidente y el registro de los accidentes.