

## FORMULARIO 2

Exámenes Preocupacionales 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°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:

ACTIVIDAD:

CONTRATO N°:

DOMICILIO:

Tel.:

FECHA: | |

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

FIRMA Y SELLO DEL  
RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Aclaración: