

**RELEVAMIENTO DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AGENTES DE RIESGO**

<b>Razón Social:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Contrato:</b>	<b>CUIT:</b>	<b>CIU:</b>	
<b>Nombre de Establecimiento:</b>		<b>Número del Establecimiento (AFIP):</b>	
<b>Dirección - Calle/Ruta:</b>		<b>Piso/Km:</b>	<b>Dpto:</b>
<b>Código Postal:</b>	<b>Localidad:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>Contacto para operativo EMP:</b>		<b>Teléfono/s:</b>	<b>Fax:</b>
<b>Mail:</b>			
<b>Actividad Principal:</b>		<b>Actividad Secundaria:</b>	
<b>Cantidad de Trabajadores Expuestos:</b>		<b>Cantidad de Trabajadores NO Expuestos:</b>	

CUIL	Apellido y Nombre	Sector y/o Tarea	Fecha de ingreso al puesto de trabajo	Horas de Exposición	Fecha de Ultimo Examen Medico de ART	Código de Agente de Riesgo								

\_\_\_\_\_ por **LA EMPRESA** / Firma y Aclaración