



ACCIDENTES DEL TRABAJO

**BONIFICACIÓN ESPECIAL ADT
DECRETOS 127/14 Y 126/19
Declaración de especialistas para
Empresas con Aportación
Industria y Comercio**

DATOS DEL ASEGURADO (datos obligatorios)

Razón Social _____ RUT _____ Póliza N° _____

DATOS DE ESPECIALISTAS CONTRATADOS

<u>Nombre completo</u>	<u>* Código de Especialista</u>	<u>C.I.</u>	<u>Fecha contratación</u>	<u>Teléfono de contacto</u>
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____

* **TP** - Técnico Prevencionista / **M** - Médico / **TSO** - Tecnólogo en Salud Ocupacional / **ITP** - Ingeniero Tecnológico Prevencionista

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe garantiza la verdad y exactitud de esta declaración y de todas las respuestas proporcionadas a los datos en ella incluida, asignando a la presente el carácter de Declaración Jurada.

Fecha Firma _____ Aclaración firma _____

C.I. _____ Cargo en la empresa _____