

	<p>ACTA DE CONSTATACIÓN INDICIOS EXPLOTACIÓN LABORAL</p> <p>NRO.:</p> <p>Corresponde a Acta de Inspección N°:</p>	
---	--	---

DÍA	MES	AÑO	N° de expediente

DOMICILIO DE INSPECCIÓN:	LOCALIDAD:
	PROVINCIA:

CONTEXTO – CONDICIONES LABORALES

¿Existe ausencia de condiciones de higiene en general? SÍ NO

En caso afirmativo:

VIOLACIONES A LAS NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE		
¿Se observan cables eléctricos descubiertos o instalaciones eléctricas precarias y deficientes?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se observan instalaciones o artefactos de gas precarios?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Existe hacinamiento de trabajadores?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Falta de heladera para la refrigeración de alimentos?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Sanitarios inexistentes, escasos o inadecuados?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Existen colchones o colchonetas en el piso de las habitaciones o en el lugar de trabajo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se observa presencia de campamentos?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Se observan condiciones que limiten o restrinjan el ingreso o egreso del lugar de trabajo? SÍ NO

En caso afirmativo:

RESTRICCIONES A LA LIBERTAD DE MOVIMIENTO		
¿Los trabajadores se encuentran encerrados en el lugar de trabajo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Hay puertas o ventanas selladas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Deben pedir permiso a alguna persona de confianza del empleador para poder salir luego del horario de trabajo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Deben salir acompañados de alguna persona designada por el empleador?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Pueden salir pero no saben dónde se encuentran?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Pueden salir pero se encuentran en un lugar de difícil acceso?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se encuentran obligados a dormir allí?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Siendo beneficiarios de la explotación fiscalizada:

TITULAR / ES REGISTRAL / ES DEL ESTABLECIMIENTO Y/O INMUEBLE
DATOS PARA SU INDIVIDUALIZACIÓN
TITULAR / ES REGISTRAL / ES DE LOS VEHÍCULOS O MÁQUINAS QUE HUBIERE EN EL LUGAR
DATOS PARA SU INDIVIDUALIZACIÓN

Siendo la/s empresa/s con las que interactúa el empleador –si hubiere–:

Apellido y Nombre/ Razón Social:

Nombre de Fantasía:

Domicilio fiscal:

Domicilio real/legal:

C.U.I.T.:

CIU / Actividad económica desarrollada:

En uso de la facultad conferida por LEY 25.877 Art 32 inc. d se procede a suspender las siguientes tareas:

OBSERVACIONES:

CON LOS INDICIOS ENCONTRADOS SE PROCEDE A REALIZAR DENUNCIA PENAL SÍ NO

Denuncia Nro.:

Funcionario/s Actuante/s (Firma / Aclaración)