



“2018 – Año del Centenario de la Reforma Universitaria”

Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1° de la Ley 27.348, solicito la intervención de la Comisión Medica N° _____ Delegación _____, la cual será competente en virtud de:

☐

Opción de la C.M. correspondiente a su domicilio (deberá presentar su D.N.I.)

Domicilio:.....

Localidad:..... Provincia:.....

Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado