



*Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social*  
*Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en la normativa vigente, solicito la intervención de la Comisión Médica N° \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_, la cual será competente en virtud de (marque con una X):

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

Domicilio:.....

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

Opción de la C.M. correspondiente al lugar en el cual desarrolla/desarrolló sus tareas o en el cual se reporta/reportó.

Empresa para la cual presta/prestó servicios: .....

CUIT N°:.....

En el establecimiento sito en la calle: .....

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

**IMPORTANTE:** el presente formulario debe ser completado de puño y letra, en imprenta mayúscula. Asimismo, se le informa que los datos consignados en el presente revisten carácter de declaración jurada.

\_\_\_\_\_  
Firma Damnificado / Apoderado

\_\_\_\_\_  
Aclaración