



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
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 (marque con una X y complete según opción correspondiente):

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 que desarrolla/desarrolló sus tareas o al cual habitualmente se reporta/se 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 y Aclaración del Damnificado/Apoderado

Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado