

CAPITAL FEDERAL, 22 de FEBRERO de 2019

Ref.:

Nro. de Orden:

Empresa:

Trabajador:

DNI:

Fecha del Infortunio:

POR LA PRESENTE, EN RELACION AL SINIESTRO DE REFERENCIA Y A FIN DE ESTABLECER LA COMPETENCIA TERRITORIAL DE LOS ORGANISMOS A INTERVENIR EN EL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN LA LEY Nº 27.348, INTIMAMOS A UD. PARA QUE DENTRO DEL PLAZO DE TRES (3) DÍAS HÁBILES DE NOTIFICADO, SELECCIONE LA COMISION MÉDICA JURISDICCIONAL RESPECTIVA, CONFORME LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- COMISION MÉDICA CORRESPONDIENTE A SU DOMICILIO, DEBIENDO ACOMPAÑAR COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI).
- COMISION MÉDICA CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE TAREAS, DEBIENDO ACOMPAÑAR CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL EMPLEADOR CON FIRMA CERTIFICADA.
- COMISION MÉDICA JURISDICCIONAL CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO LABORAL DONDE HABITUALMENTE SE REPORTA, DEBIENDO ACOMPAÑAR CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL EMPLEADOR CON FIRMA CERTIFICADA.

SE DEJA CONSTANCIA QUE EN EL CASO QUE UD. NO EJERZA LA OPCION Y NO ACOMPAÑE LA DOCUMENTACION EXIGIDA, PROVINCIA ART. 5 A. DEBERA INICIAR LAS ACTUACIONES EN LA JURISDICCION DEL DOMICILIO CONSIGNADO EN SU DNI. ASIMISMO, SE INTIMA A UD. PARA QUE EN EL PLAZO ANTES INDICADO, DENUNCIE LA CLAVE BANCARIA UNIFORME (CBU), DE SU CUENTA SUELDO.

POR OTRA PARTE, SE PONE EN SU CONOCIMIENTO QUE LA SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO PONE A SU DISPOSICION EL SERVICIO DE PATROCINIO LETRADO EN FORMA GRATUITA E INMEDIATA DESDE LA PRIMERA PRESENTACION ANTE LAS COMISIONES MEDICAS Y/O EL SERVICIO DE HOMOLOGACION. SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO QUE UD. DECIDA COMPARECER CON LETRADO PATROCINANTE DE SU ELECCION, SE SOLICITA QUE PROCEDA A DENUNCIAR LOS DATOS QUE A CONTINUACION SE DETALLAN: NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL MATRICULA, CUIT, TELEFONO, DOMICILIO POSTAL Y CORREO ELECTRONICO.

POR ÚLTIMO SE PONE EN SU CONOCIMIENTO QUE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION SOLICITADA EN LA PRESENTE, DEBERA SER REMITIDA AL CORREO ELECTRONICO INCAPACIDADES@PROVART.COM.AR IDENTIFICANDO EL NUMERO Y LA FECHA DEL SINIESTRO DE REFERENCIA. ASIMISMO, SE SOLICITA A UD. QUE EN PLAZO INDICADO PRECEDENTEMENTE (3 DÍAS) ENVIE AL CORREO ELECTRONICO ANTES MENCIONADO COPIA DE SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI). EN CASO DE NO REMITIRSE LA MISMA, SE HACE SABER QUE PROVINCIA ART 5 A SE ENCONTRARA IMPOSIBILITADA DE INGRESAR LOS ANTECEDENTES A LA COMISION MEDICA JURISDICCIONAL A LOS FINES DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE UNA INCAPACIDAD LABORAL RELACIONADO AL SINIESTRO DE REFERENCIA, Y EFECTUAR EL CALCULO DE LAS PRESTACIONES DINERARIAS QUE LE PUDIEREN CORRESPONDER.

SIN OTRO PARTICULAR, SALUDA A UD. MUY ATTE.

CERTIFICADO QUE LA COPIA ES VERDADERA
DEL ORIGINAL EN LA FECHA
POR CERTIFICADO EN LA FECHA
POR CORREO QUE SE ENVIA AL SECTOR
BUENOS AIRES, SECTOR CARTA DOCUMENTO

22 FEB 2019

Doble por aquí

INFORMATIVO

Doble por aquí



Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1° de la Ley 27.348, en el art. 6° de la Res. 326/17 y resoluciones modificatorias, 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.)
- Opción de la C.M. correspondiente al lugar de efectiva prestación de servicio (deberá presentar constancia expedida por su empleador, conforme lo establecido en la Res. SRT 698/17)
- Opción de la C.M. correspondiente al domicilio laboral donde habitualmente reporto (deberá presentar constancia expedida por su empleador, conforme lo establecido en la Res. SRT 698/17)

Según la opción ejercida, informo el domicilio correspondiente:

Domicilio:.....

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

Adjunto a la presente la documentación respaldatoria, a efectos de validar la opción ejercida.

Firma
Damnificado / Apoderado

Aclaración

DNI

Firma Patrocinio Letrado

Aclaración

Matrícula N°

FORMULARIO A: DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA POR EL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA
POR EL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DATOS DEL TRABAJADOR Y DE LA CONTINGENCIA

APELLIDO Y NOMBRE:..... N° DE C.U.I.L.:.....

Fecha de Accidente / Primera Manifestación Invalidante:/...../..... N° DE SINIESTRO:

EMPLEADOR:..... N° DE C.U.I.T.:.....

DECLARACIÓN JURADA DEL LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O EXPOSICIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Mediante la presente, hago ejercicio de la opción de competencia dispuesta en el artículo 1° de la Ley N° 27.348 y el artículo 6° de la Resolución S.R.T. N° 326/2017 y sus modificatorias, y solicito la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al lugar de efectiva prestación de servicios, manifestando en carácter de DECLARACIÓN JURADA que el lugar de ocurrencia del Accidente de Trabajo o de exposición a los agentes de riesgo causantes de la Enfermedad Profesional, se encuentra situado en la siguiente dirección:

Calle:..... Nro.: Piso: Depto:.....

Localidad:..... C.P.:..... Provincia:.....

IMPORTANTE: Sr. Trabajador, la información por Usted consignada en el presente formulario reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

El lugar de ocurrencia o exposición denunciado mediante la presente será verificado mediante el Registro Nacional de Accidentes Laborales (Re.N.A.L.) creado por la Resolución S.R.T. N° 3.326 de fecha 9 de diciembre de 2014 y el Registro de Enfermedades Profesionales creado por la Resolución S.R.T. N° 840 de fecha 22 de abril de 2005.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Trabajador

IF-2018-49687956-APN-GACM#SRT

DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA POR EL ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA O REPORTA SERVICIOS

DATOS DEL TRABAJADOR Y DE LA CONTINGENCIA

APELLIDO Y NOMBRE..... N° DE C.U.I.L.:.....
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:/...../..... N° DE SINIESTRO:
EMPLEADOR:..... N° DE C.U.I.T.:.....

DECLARACIÓN JURADA DEL LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O EXPOSICIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Mediante la presente, hago ejercicio de la opción de competencia dispuesta en el artículo 1° de la Ley N° 27.348 y el artículo 6° de la Resolución S.R.T. N° 326/2017 y sus modificatorias, y solicito la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al Establecimiento donde presto o reporto servicios habitualmente, manifestando en carácter de DECLARACIÓN JURADA que el mismo se encuentra situado en la siguiente dirección:

Calle:..... Nro.: Piso: Depto:.....

Localidad:..... C.P.:..... Provincia:.....

IMPORTANTE: Sr. Trabajador, la información por Usted consignada en el presente formulario reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

El lugar de ocurrencia o exposición denunciado mediante la presente será verificado mediante la “Base Única de ESTABLECIMIENTOS” creada por el artículo 1° de la Resolución S.R.T. N° 3.194 de fecha 2 de diciembre de 2014.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Trabajador

IF-2018-49687956-APN-GACM#SRT



"2017 - AÑO DE LAS ENERGÍAS RENOVABLES"

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

Por medio de la presente, en virtud de lo dispuesto en el artículo 6 de la Resolución S.R.T. N° 326/17, ejerzo la siguiente opción para requerir la intervención de la Comisión Médica N° _____, la cual será competente en virtud del:

	Domicilio real
	Lugar de efectiva prestación de servicio
	Domicilio laboral donde habitualmente reporto

Se adjunta a la presente la documentación respaldatoria a efectos de validar la opción ejercida.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI