

Quien suscribe

Apellido y Nombres

Tipo y N° de documento

Sexo

F

M

Domicilio

CP

Correo electrónico

Teléfono

Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a

Apellido y Nombres

Tipo y N° de Documento

Parentesco

Profesional - Matrícula

Domicilio

CP

Correo electrónico

Teléfono

Firma Apoderado

Firma del Poderdante

Certificación de firmas por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales consignados son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

Lugar y Fecha

Firma y sello Funcionario Certificante

Ciudad

,..... de de 201

Ref: Expediente SRT N°

AUTORIZA

..... To., Fo.,
inscripto en el CABB y C.U.I.T. N° constituyendo domicilio electrónico en en mi carácter de letrado patrocinante de la parte damnificada, vengo por la presente a autorizar al/los letrado/s que se detallan a continuación a presentar escritos, intervenir en las audiencias y realizar las diligencias correspondientes al expediente de la referencia, en el marco de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo ante las Comisiones Médicas o el Servicio de Homologación, conforme lo normado en la Resolución S.R.T. N° 298/17.

- 1) Dr./Dra....., D.N.I., To., Fo
- 2) Dr./Dra....., D.N.I., To., Fo
- 3) Dr./Dra....., D.N.I., To., Fo
- 4) Dr./Dra....., D.N.I., To., Fo
- 5) Dr./Dra....., D.N.I., To., Fo

Firma del letrado patrocinante



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

REQUISITOS COMPLEMENTARIOS
CONTINGENCIA DENUNCIADA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

..... de de 2017

(*) DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre del Trabajador:

C.U.I.L. N°..... - -

Fecha de Nacimiento:/...../..... Sexo: M F

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa:

C.U.I.T. N°..... - -

Teléfono de contacto de la Empresa:

E-Mail de contacto de la Empresa:.....

Domicilio legal de la Empresa:

Calle:.....

Nro.: Piso: Depto.....

Localidad:.....

CP:..... Provincia:.....

(*) Domicilio del establecimiento donde desempeña/ba:

(*) Calle:.....

(*) Nro.: **(*)Piso:** **(*)Depto**.....

(*) Localidad:..... **(*) CP:**.....

(*) Provincia:.....

(*) DATOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL

Enfermedad denunciada como de índole Profesional/Laboral:.....

.....

Fecha de toma de conocimiento/diagnóstico de la Enfermedad denunciada:.....

Antigüedad en la Empresa (años/meses):.....

Antigüedad en el Puesto/Sector de trabajo (años/meses):.....

Nombre del Puesto/Sector de trabajo:

.....

Jornada Laboral:

▪ cantidad de horas semanales:

▪ cantidad de días trabajados a la semana:

Agente/s de riesgo invocado/s:

.....

.....

Utiliza Elementos de Protección Personal (señale con una cruz): SI NO

En caso afirmativo, indique cuales:

.....

Descripción de las tareas realizadas:

.....

.....

.....

Alguna vez lo cambiaron de puesto de trabajo: SI NO

En caso afirmativo, detalle que tareas realizaba:.....

.....

.....

.....

En la actualidad continúa trabajando: SI NO

En caso negativo, señale el motivo del caso laboral:

Licencia Médica Despido Suspensión de Tareas

Por la Enfermedad denunciada a la ART/EA, realizó algún tratamiento médico SI NO

En caso afirmativo, detalle el tratamiento médico que realizaba:

.....

.....

.....

.....

.....

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

(*) Datos obligatorios.

.....
[Firma y aclaración del trabajador damnificado]

.....
[Firma y aclaración del Funcionario SRT interviniente]

DESIGNACIÓN DE PATROCINIO LETRADO

Mediante la presente, se notifica que su A.R.T. /E.A. ha iniciado el expediente S.R.T. N° _____ / ¹⁸ en el ámbito de las Comisiones Médicas, con el fin de determinar el porcentaje de incapacidad derivado de su siniestro laboral de fecha 21/8/2019.

En el marco del procedimiento dispuesto por la Resolución S.R.T. N° 298/2017, reglamentaria de la Ley Complementaria N° 27.348, Usted deberá DESIGNAR un ABOGADO particular de su confianza que lo acompañará en el trámite, cuyos honorarios profesionales estarán a cargo de su Aseguradora. Se le recuerda que el asesoramiento por parte de un ABOGADO resulta necesario durante todo el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional.

A continuación, complete sus datos en IMPRENTA MAYÚSCULA y declare la DESIGNACIÓN de su PATROCINIO LETRADO:

Quien suscribe, _____, D.N.I. N° _____ con domicilio real en la calle _____ de la localidad de _____, C.P. _____ Tel.: _____, a los 9 días del mes de Mayo de 2019, designa el patrocinio letrado del/ de la Dr. /Dra.

_____, C.U.I.T.

, Matrícula P° 187959 con domicilio legal constituido en la calle _____ N° _____, Piso _____, Of. _____, de la localidad de R.B.I., y domicilio electrónico en _____ @gmail.com, para actuar en los procedimientos administrativos establecidos en la Ley Complementaria de Riesgos del Trabajo N° 27.348, que sean tramitados en la Comisión Médica N° 13-2 de la ciudad de _____, conforme lo reglamentado en la Resolución S.R.T. N° 298/2017.

El Letrado Patrocinante deberá estar inscripto en "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica" para ser notificado, según Resolución S.R.T. N° 22/2018.

.....
Firma y aclaración del trabajador

.....
Firma y aclaración del Letrado

Funcionario S.R.T.: por favor, verificar que se acompañe la siguiente documentación:

- D.N.I. trabajador
- Opción de Jurisdicción y documentación respaldatoria
- Credencial del Letrado Patrocinante
- D.N.I. Letrado Patrocinante

09 MAY 2019

SUPERINTENDENCIA DE
RIESGOS DEL TRABAJO

.....
Firma, fecha y sello de funcionario

Bahía Blanca 23/05/2020

SOLICITA TURNO EN COMISION MEDICA POR RECHAZO DE LA CONTINGENCIA. OFREZCO PRUEBAS.

Comisión Médica Nro. 13:

Juan Lopez, DNI XXXX, CUIL XXXX, con domicilio real en calle XXXX de la localidad de XXXX, provincia de Buenos Aires, con el patrocinio letrado de la Dra. XXXXX, T° XX F° XX CAXX, constituyendo domicilio legal en la calle XXXXX de la localidad de XXXX, respetuosamente digo:

I.- OBJETO

Vengo por medio del presente a SOLICITAR TURNO POR RECHAZO DE LA CONTINGENCIA “Rotura del tendón de Aquiles” por parte de Provincia ART S.A, cuya primera manifestación invalidante se produce el XXXX mientras cumplía mis tareas laborales. **El inicio del presente trámite administrativo , NO IMPLICA EL SOMETIMIENTO VOLUNTARIO AL PROCEDIMIENTO DE LA LEY 27348, HAGO EXPRESA RESERVA de iniciar oportunamente acción judicial.**

II.- HECHOS

Cumplo funciones bajo las órdenes de XXXXX, realizando tareas de XXXX. Con fecha 0XXXXX aproximadamente a las XXXhs, mientras me encontraba en un móvil en jornada laboral, al bajarme del vehículo corriendo, trastabillé y al querer

continuar corriendo siento un fuerte tirón en el talón izquierdo. Este accidente laboral me produce una rotura del talón de Aquiles del talón izquierdo. Luego me presento en el Hospital XXXXX, donde se me examina y se determina el diagnóstico. Consecuencia de la lesión. soy intervenido quirúrgicamente por el Dr. XXXX.

El XXXX denuncia el siniestro en la ART haciendo una descripción de los hechos que no es correcta, por lo que solicito que a los fines de determinar la mecánica del accidente, se tome en cuenta la descripción de la contingencia que relaté en el párrafo precedente.

Con fecha XXXX la ART mediante carta documento CDXXXXX, rechaza la cobertura del siniestro por considerarlo enfermedad inculpable, *“ya que no es posible relacionar la patología sufrida por el damnificado con el siniestro denunciado”*.

Considero que lo resuelto por la ART no es correcto, ya que de la descripción de los hechos surge que la lesión que padezco es consecuencia directa del siniestro sufrido, ya que la mecánica del accidente así lo refiere. Por lo tanto solicito que esta Comisión Médica, determine el carácter laboral de la contingencia denunciada y que en consecuencia la ART me brinde las prestaciones médicas y dinerarias que me corresponden.

III.- PRUEBAS

A los fines de acreditar lo dicho en el anterior acápite ofrezco los siguientes medios de prueba:

- A) **Documental:** DNI; Carta documento de rechazo CDxxxxx; Copia simple de denuncia del siniestro; Copia simple de constancia médica de fecha xxx
- B) **Informativa:** solicito se libre oficio a:

- a. Hospital Municipal XXXXX, a fin de que remita copia de la historia clínica, libros de guardia y/o cualquier documentación que pudiera obrar en el establecimiento relativa a la atención médica que hubiera recibido Sr. XXXX, DNI XXX a raíz del hecho dañoso de fecha XXX.
- b. Dr. XXXX, especialista en ortopedia y traumatología M.P XXXX, M.N. XXXX a fin que remita copia de historia clínica, libros y/o cualquier documentación que pudiese tener relativa al Sr. XXX a raíz del hecho dañoso de fecha XXXX.

C) **Testimonial:** al fin de acreditar la mecánica del accidente ofrezco como testigo del hecho al Sr. XXXX, DNI XXXXX, domicilio XXXXX de la localidad de XXXX, provincia de Buenos Aires, de ocupación policía, para que preste declaración testimonial a tenor del interrogatorio que a continuación se transcribe:

- 1) Para que diga el testigo si es compañero de trabajo del actor.
- 2) Para que diga el testigo si en la fecha del siniestro XXXX se encontraba cumpliendo funciones junto al actor.
- 3) Para que diga el testigo si presencié el accidente sufrido por el actor.
- 4) Para que diga el testigo si vio como se produjo el accidente del actor.

D) **Pericial Médica:** solicito se realice pericia médica a fin de constatar la lesión y que la misma fue consecuencia del siniestro de referencia:

Para que diga el perito médico:

- 1) Detalle la anatomía ósea, neuromuscular y vascular del talón.

- 2) Refiera la sintomatología y las secuelas que pueden derivarse de una rotura del talón de Aquiles con mención, si es necesario, de la bibliografía médica que lo fundamente.
- 3) Si de acuerdo al examen realizado, las secuelas actuales pueden ser atribuidas al hecho invocado.
- 4) Describa la metodología diagnóstica, incluyendo los medios auxiliares como radiología convencional, TAC, RMN, etc., que deben emplearse para el diagnóstico integral de una rotura de talón de Aquiles.
- 5) Si en el caso de autos, se encuentran presentes en el actor algunos de dichos signos y/o síntomas. En caso afirmativo, enumérelos y explique cómo se los identificó. En caso negativo, deberá igualmente fundamentar su respuesta en los estudios realizados.
- 6) Explique las características médicas de la rotura de talón de Aquiles en cuanto a su gravedad y secuelas.
- 8) Cuál es la incapacidad parcial y permanente que padece el actor como consecuencia de las secuelas originadas por los hechos de autos, estimada de acuerdo con la fórmula de la reparación integral del daño, es decir, disminución de las distintas funciones físicas que se manifiestan en las distintas actividades del actor.
- 9) Cuál fue la incapacidad total y transitoria que sufrió el Sr.XXXX.
- 11) Si el actor deberá en el futuro hacer tratamientos médicos, quirúrgicos o de otra índole motivados por las secuelas originadas en los hechos de autos y su estimación de costos y evolución probable.

12) Si la institución (sanatorio, clínica, etc.) proporcionó al Sr. XXXX las pautas progresivas de cuidado que la afección sufrida como consecuencia de los hechos de autos exigía.

IV.- PETITORIO

Por todo lo expuesto, solicito:

- 1) Se me otorgue turno en Comisión Médica nro. 13 de Bahía Blanca por rechazo de la contingencia.
- 2) Se determine el carácter laboral de la contingencia.
- 3) Se tenga por presentada la prueba documental y ofrecida la restante.

Saluda Atentamente,

Lugar, fecha

SOLICITA TURNO EN COMISION MEDICA POR RECHAZO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL LISTADA. OFREZCO PRUEBAS.

Comisión Médica Nro. 13:

Ricardo XXXX, DNI XXXXX, CUIL XXXXX, con domicilio real en calle XXXXX de la ciudad de BaXXXXX, provincia de Buenos Aires, con el patrocinio letrado de la Dra. XXXX, T° XX F° XXX CAXXX, CUIT e IIBB XXX constituyendo domicilio legal en la calle XXXXXXXX de la localidad de XXXX y electrónico en XXXXXs@gmail.com, respetuosamente digo:

I.- OBJETO

Vengo por medio del presente a SOLICITAR TURNO POR RECHAZO DE LA CONTINGENCIA-ENFERMEDAD PROFESIONAL LISTADA “XXXXXX” por parte de Prevención ART S.A, denunciada con fecha 3 de julio de 2019. **El inicio del presente trámite administrativo, NO IMPLICA EL SOMETIMIENTO VOLUNTARIO AL PROCEDIMIENTO DE LA LEY 27348, HAGO EXPRESA RESERVA de iniciar oportunamente acción judicial.**

II.- HECHOS

Me encuentro trabajando en relación de dependencia para XXXXXX CUIT 30-XXXXX desde el 1 de mayo de 1990.

Desde que ingresé a trabajar mis tareas consisten principalmente en la XXXX.

Mi jornada de trabajo es de lunes a viernes de 4 am a 12 del mediodía.

Desde que ingresé a trabajar, es decir, hace casi 30 años, me encuentro expuesto a ruidos constantes que me produjeron la enfermedad profesional denunciada “hipoacusia bilateral no reversible severa”, tal como consta en el certificado médico que adjunto al presente.

El lugar de trabajo es un lugar cerrado, térmico, propio para la actividad que se desarrolla allí, dividido en habitaciones donde se realiza cada actividad.

Entre las tareas que realizo se encuentra lavar las roldanas. En este caso el ruido que se produce es consecuencia del hervor de las grandes ollas de chapa utilizadas.

Donde más me encuentro expuesto a los ruidos fuertes es en las cámaras de secado de los animales. En dichas cámaras hay ventiladores prendidos con motores que hacen mucho ruido, parecido a la turbina de un avión. En el lugar donde trabajo hay 12 cámaras, cada una con dos ventiladores de secado.

El ruido también proviene de los motores eléctricos de las sierras que utilizo para cortar las reses. Aproximadamente cortamos 200 reses por día. Además utilizamos centrífugas, que son maquinarias usadas para lavar menudencias, que también emiten un fuerte sonido.

También al momento de matar a los animales se utiliza una picana eléctrica grande que genera ruido. Luego cuando se cuelgan los animales, al correrlos se produce un fuerte ruido provocado por las cadenas que se chocan entre sí.

Cuando utilizamos las calderas se produce un ruido en forma de pitido, muy penetrante, consecuencia del hervor que se genera.

En la matambarrera (ahí trabajé 10 años) donde se despelleja el cuero, lo primero que se hace es abrir al animal y después con la maquina lo agarro de las dos partes y cuando le saco el cuero lo tiro para atrás y ahí se genera un ruido como de presión de

aire porque tiene un engranaje que parece que está moliendo algo.

También utilizamos unos carros de fierro y de chapa donde se trasladan residuos como huesos, pasan 3 o 4 carros a la vez aproximadamente, 50 veces por jornada (se hacen dos veces por semana) lo cual genera ruido porque el piso es rustico, tiene desniveles por eso hace más ruido.

En decir que en todos los sectores de trabajo me encuentro expuesto a ruidos, sobretodo en el horario de 4 am a 8m en el que todo se encuentra funcionando a la vez. En este ambiente de trabajo es imposible comunicarse verbalmente con los compañeros de trabajo ya que el ruido no lo permite, debíamos comunicarnos a través de señas o gritando. Asimismo nos encontramos expuestos a constantes vibraciones porque consecuencia de los ruidos, todo tiembla.

Nunca conté con las medidas de seguridad adecuadas, ya que solo a veces a ciertas personas le daban auriculares pero cuando se rompían no nos daban más.

Con fecha 3 de julio de 2019 denuncié la enfermedad que padezco a la ART, que con fecha 22 de agosto de 2019 me rechaza el siniestro alegando enfermedad de carácter inculpable.

Discrepo con lo resuelto por la ART ya que de la descripción de las tareas que realizo hace ya más de 29 años, surge la relación causal de mi patología con las tareas laborales desarrolladas y que me encuentro expuesto al agente de riesgo SOBREEXPOSICION A RUIDOS tal como consta en el Decreto 659/96 constituyendo mi patología en consecuencia una enfermedad profesional listada conforme artículo 6º, inciso 2, de la Ley N° 24.557.

Asimismo cuando ingresé a trabajar a las órdenes de mi empleador me encontraba en perfectas condiciones de salud, por lo que la patología que presento se encuentra relacionada exclusivamente al trabajo.

III.- HIPOACUSIA

Padezco HIPOACUSIA BILATERAL NO REVERSIBLE SEVERA originada por mis tareas laborales. Es importante remarcar que al momento del ingreso a la empresa me encontraba en perfectas condiciones de salud, que mi única ocupación laboral la desarrollaba estando expuesto a ruidos fuertes de manera constante, durante más de 29 años de trabajo realizando tareas durante lapsos prolongados de 8 o más horas diarias, existiendo una relación de causalidad entre mi actividad laboral y mi patología.

Para acreditar médicamente la existencia de la enfermedad profesional me sometí a un examen audiométrico y luego el Dr.XXXX, especialista en otorrinolaringología, me diagnostica la patología detallada y me recomienda selección de audífonos. Adjunto al presente toda la documentación médica respaldatoria de lo descrito.

En el preámbulo del Decreto n° 658/96 se enuncian las siguientes definiciones:

A.- Agente de riesgo: "...debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo...". En este caso el agente de riesgo fue el la exposición a ruidos fuertes, de manera constante durante más de 29 años..

B.- Exposición: "...debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar una daño a la salud...".

C.- Enfermedad: "...Debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, anátomo-patológicos y terapéuticos, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes". En el presente

caso la dolencia claramente definida por los expertos es HIPOACUSIA BILATERAL NO REVERSIBLE SEVERA Y, **D.- Relación de Causalidad:** "deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una asociación de causa a efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas más arriba". Al respecto, resulta categórico que la dolencia que padezco fue provocada de manera directa e inmediata por el ambiente laboral, tal como lo expuse ampliamente en el acápite de los HECHOS.

Por consiguiente tratándose de una enfermedad profesional, la demandada debe responder en virtud de lo dispuesto por el art. 6 de la LRT, que justamente trata de las contingencias y situaciones cubiertas.

Finalmente para acreditar las tareas que realizo en mi trabajo, ofrezco testigos cuyos datos individualizaré luego.

Por lo expuesto solicito que esta Comisión Médica reconozca como profesional la patología denunciada a los fines de exigirle a Prevención ART SA que se me brinden las prestaciones médicas (art. 20.1 de la LRT) y dinerarias (art. 13.1 de la LRT) correspondientes a la patología que padezco.

IV.- PRUEBAS

A los fines de acreditar lo dicho en el anterior acápite ofrezco los siguientes medios de prueba:

A) **Documental:** Copia de DNI; Denuncia del siniestro; Orden médica de fecha 18 de septiembre de 2019, Nota de rechazo de Prevención ART SA; estudio médico.

B) **Informativa:** solicito se libre oficio a:

Dr. XXX, especialista en otorrinonaringología a fin que remita copia de historia clínica, libros y/o cualquier documentación que pudiese tener relativa al Sr. XXXX, DNI XXXX con relación a la patología denunciada “Hipoacusia bilateral severa no reversible”.

C) **Testimonial:** al fin de acreditar las tareas laborales que realizo y de esta forma probar el nexo causal de la patología denunciada con mi trabajo, solicito se cite a: 1) XXXX DNI XXXX domiciliado en XXXX de la localidad de XXX provincia de Buenos Aires, de ocupación empleado en Frigorífico; 2) XXXXX
3) XXXXXXX

para que presten declaración testimonial a tenor del interrogatorio que a continuación se transcribe:

- 1) Por las generales de la ley.
- 2) Para que diga el testigo qué puesto ocupaba el actor en la empresa.
- 3) Para que diga el testigo cuál era la jornada laboral del actor en la empresa.
- 4) Para que describa el testigo el lugar donde el actor desarrollaba sus tareas laborales.
- 5) Para que describa el testigo como era las diferentes maquinarias, herramientas, artefactos utilizados para desarrollar las tareas laborales.
- 6) Para que diga el testigo si el actor estaba expuesto a ruidos, y en su caso describa las fuentes, la magnitud y el tiempo que estaba propenso a los mismos durante su jornada laboral
- 7) Para que el testigo describa si existía condiciones en el ambiente laboral que impedía o dificultaba la comunicación entre los trabajadores.
- 8) Para que diga el testigo si el actor se encontraba expuesto a vibraciones y en su caso describa.

9) Para que diga el testigo, si tiene conocimiento, de las tareas que desarrollaba el actor en la empresa desde su ingreso y hasta la actualidad.

10) Para que diga el testigo si el actor contaba con algún elemento de seguridad para realizar sus tareas.

11) Para que diga el testigo si la ART daba charlas o asesoramiento sobre el adecuado y correcto uso de los elementos de seguridad.

12) Ampliación.

D) Pericial Médica: solicito se realice pericia médica a fin de constatar la lesión y que la misma fue consecuencia de las tareas laborales de referencia:

Se designe perito médico legista de la lista oficial, para que dictamine sobre los siguientes puntos:

1) Detalle la anatomía ósea, muscular y nerviosa del aparato auditivo.

2) Refiera la sintomatología y las secuelas que pueden derivarse de la hipoacusia bilateral, su mecanismo accidental, síntomas y signos.

3) Describa la metodología diagnóstica, incluyendo los medios auxiliares como radiología convencional, TAC, RMN, audiometría, logaudiometría, etc., que deben emplearse para el diagnóstico de las hipoacusias.

4) Si en el caso de autos, se encuentran presentes en el actor algunos de los signos y/o síntomas que permiten el diagnóstico causal. En caso afirmativo, refiéralos, así como su relación de atribución y explique cómo se los diagnosticó y cuáles son los fundamentos de la atribución. En caso negativo, deberá igualmente fundamentar su respuesta en los estudios realizados.

5) Si las secuelas que presenta el actor son frecuentes de ver en personas expuestos a ruidos intensos y durante lapsos prolongados de tiempo de exposición a los mismos.

6) Diga el perito médico si de acuerdo al examen realizado las secuelas actuales pueden ser atribuidas al hecho invocado.

7) Si, de acuerdo con las constancias de la historia clínica y el examen pericial realizado pueden observarse otras lesiones en el actor ocasionadas por los hechos de autos.

8) Explique las características médico legales de la causa original, mecanismo de su producción de hipoacusia bilateral, en cuanto a su gravedad y secuelas, así como su atribución a los hechos denunciados en autos.

9) Cuál es la incapacidad parcial y permanente que padece el actor como consecuencia de las secuelas de la evolución originadas por los hechos de autos, estimación de la incapacidad actual de acuerdo con la fórmula de la reparación integral del daño, disminución de las distintas funciones físicas en los distintos campos de actividad del actor.

10) Cuál fue la incapacidad total y transitoria que sufrió el actor.

11) Si el actor deberá en el futuro hacer tratamientos médicos, quirúrgicos o de otra índole motivados por las secuelas originadas en los hechos de autos y su estimación de costos y evolución probable.

12) Si la institución (sanatorio, clínica, etc.) proporcionó al actor las pautas progresivas de cuidado que la afección sufrida como consecuencia de los hechos de autos exigía.

13) Sobre todo otro dato de interés.

E) PERICIAL TÉCNICA.

Se designe Perito Técnico especialista en Higiene y Seguridad a fin de que se presente en el domicilio de la aseguradora y en el lugar donde desarrolla tareas el Sr. XXXX, y realice la pericia correspondiente:

1.- Indique tareas que realizaba el Sr. XXXX a las órdenes de XXXX S.C.A.

- 2.- Si en el ámbito laboral se detectan fuentes de producción de ruidos. En caso afirmativo realizar una descripción minuciosa de los mismos, indicando las características del tipo de ruido en cuanto a intensidad, duración, frecuencia en su producción, si es constante o de aparición abrupta.
- 3.- En caso que sea posible medir en decibeles el nivel de los ruidos detectados.
- 4.- Indique la existencia de vibraciones en el ámbito laboral, fuente e intensidad de las mismas.
- 5.- Si se suministraron elementos de protección personal al trabajador (en forma documentada). En caso afirmativo, si los mismos son adecuados y suficientes para prevenir los riesgos que se intenta proteger, vida útil de los mismos, calidad, eficiencia y plazo de reposición
- 6.- Indique si para las actividades que realizaba el trabajador se requería por normativa el uso obligatorio de sordinas u otros protectores auditivos.
- 7.- Descripción general del establecimiento, centro o puestos de trabajo donde el trabajador desarrollo sus tareas. La descripción de las tareas realizadas allí por los trabajadores. Deberá indicar condiciones generales del establecimiento, ambiente de trabajo, condiciones, equipos, instalaciones, ventilación, operaciones que se realizan, métodos de limpieza que se emplean, parte de las instalaciones que se hallaban involucrados en la tarea que realizaba la actora, elementos de trabajo y en qué condiciones se encuentra el establecimiento, los objetos y protecciones en su caso con los que trabajaba la actora.-
8. Indique si el lugar y condiciones de trabajo se ajustan a las descritas en el escrito de demanda.
9. Indique si estas, tal como las advierte desarrolladas, pudieron provocar daños en la salud como los invocados por la actora.

10. Teniendo en cuenta la descripción de los hechos narrados por la actora, cuales son los riesgos laborales que condujeron o pudieron conducir a las lesiones que reclama la accionante y, además, deberá realizar la investigación de la enfermedad profesional indicando la técnica que emplea.

11. Sobre actividades realizadas por la empresa con relación al hecho en el ambiente y puesto de trabajo de la actora, evaluando los registros elementales, documentales, legajos técnicos, etc.-

12. Cuales debieron ser las medidas efectivas de control técnico que la empresa debió haber incluido en los planes de mejoramiento, y/o todas aquellas necesarias y suficientes para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, que hubiesen evitado la conducción a la producción de la enfermedad profesional de marras.-

13. Sobre las de los libros, registros y demás documentos de la empresa para que laboro la actora, si se realizaron cursos de capacitación para el personal respecto de la prevención de los accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, correcta utilización de las herramientas del trabajo. En caso afirmativo, indique las personas que concurrieron. Informará igualmente el contenido y los objetivos de tales cursos de capacitación.

14. En caso de no haberse realizado la capacitación mencionada, informe si, según sus conocimientos técnicos, la enfermedad profesional relatada podría haber sido evitada.

15. Si existen instrucciones escritas por parte de la empresa a la actora sobre las normas de prevención de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.

16. Si la empresa realizo evaluaciones del riesgo que podrían producir las tareas que desarrollaba la actora. En caso de haberse realizado, si adopto las medidas necesarias para paliar los efectos perjudiciales de dicha actividad y en que fechas.

17. Indique, según constancias de la aseguradora de riesgos del trabajo si esta ha

realizado chequeos de las condiciones de trabajo. En caso afirmativo, indique con qué frecuencia.

18. Si la empresa demandada evaluó en forma documentada, con anterioridad a la producción de los hechos que se reclaman en la causa, los riesgos laborales a que estaba expuesto la actora.

19. En caso que la empresa haya evaluado en forma documentada , con anterioridad a la producción de los hechos que se reclaman en la causa, los riesgos laborales a que estaba expuesta la actora, informe si dicha evaluación de riesgos estaba en conocimiento de la aseguradora de riesgos del trabajo.

20. Si la aseguradora de riesgos del trabajo ha verificado, previamente, a la enfermedad profesional de autos que el empleador diera efectivo cumplimiento a las normas de control técnico, mediante la asignación de los medios y recursos necesarios, económicos, materiales y humanos, en forma documentada.

21. Cuáles son las medidas que adoptó la aseguradora de riesgos del trabajo en el ámbito laboral donde se desempeñaba la actora para promover la prevención y exigir su cumplimiento. Además deberá indicar si lleva un registro de siniestralidad.

22. Cuál ha sido la capacitación proporcionada por la ART en materia de prevención de riesgos con anterioridad al día XXXX (fecha de denuncia de la enfermedad profesional).

23. Si dicha capacitación tiene relación con el riesgo laboral que produjo la enfermedad profesional de autos.

24. Se hace saber al perito que todo lo requerido deberá informarse con expresa remisión de sustento de documental cuando corresponda y que en caso que la empleadora o la asegurado de riesgo del trabajo manifiesten no tener la documental relativa a lo que se les pregunta u omitan exhibirla, deberá informar esa circunstancia.

25.- Indique toda otra información que resulte de interés.

V.- PETITORIO

Por todo lo expuesto, solicito:

- 1) Se me otorgue turno en Comisión Médica nro. XXX por rechazo de la contingencia- enfermedad profesional listada.
- 2) Se determine el carácter laboral de la contingencia y se me brinden las prestaciones en especie y dinerarias correspondientes.
- 3) Se tenga por presentada la prueba documental y ofrecida la restante.

Saluda Atentamente,

Más de 30 palabras

DESTINATARIO

SRT

Apellido y nombre o razón social

Ramo o actividad principal

CARLOS PELLEGRINI Nro 91 5 9P

1009

Domicilio laboral

Código Postal

Capital Federal

Buenos Aires

Localidad

Provincia

REMITENTE

Apellido y nombre

DNI N°

Fecha

Domicilio real

Código Postal

Localidad

Provincia

Ref.:

Trabajador: xxxxxx

CUIL: xxxxxxxx

Empleador: xxxxxxxx

CUIT: xxxxxxxx

Fecha de siniestro:

Comisión Médica Jurisdiccional : Se selecciona la Comisión Médica NRO 13 de Bahía Blanca correspondiente a mi domicilio consignado en el DNI.

HAGO RESERVA DE ACCIONAR POR INCONSTITUCIONALIDAD DE LA LEY 27348 y la ley provincial 14997. SE DENUNCIA QUE LOS DERECHOS Y CREDITOS DERIVADOS DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO SON IRRENUNCIABLES (ART. 11 Irt); que el derecho de peticionar ante la justicia es un atributo de la personalidad humana, que se materializara en la acción judicial expedita y directa, que el sometimiento obligado al procedimiento ante las Comisiones Médicas jurisdiccionales como la Comisión Médica Central, deviene inconstitucional, y su eventual transito **NO IMPLICA RENUNCIA O PERDIDA DE ACCION LEGAL O DERECHO ALGUNO.** Que no se puede atribuir proroga de competencia, como así tampoco renuncia al juez natural, según el procedimiento laboral aplicable a mi caso. Ante la flagrante y palmaria inconstitucionalidad de los arts. 1, 2,3 y 14 ley 27348 hago reserva de plantear judicialmente su inconstitucionalidad, resultando los jueces los únicos con competencia para dictar la inconstitucionalidad de una ley. El diseño procesal de la ley 27348, resulta inconstitucional, al conformar un obstáculo de acceso a la justicia (palmaria violación del art. 15 Cont. de la Pcia de Buenos Aires), afectar la defensa en juicio y debido proceso (art. 18 CN), Denegar el acceso a la Justicia y la tutela judicial efectiva (apart. 1 art. 8 Convención Americana de Derechos Humanos), infringir a la tutela judicial efectiva /(art. 8 CADH y fallo "Ascuá Luis c SOMISA " CSJN). Oportunamente se planteará la inconstitucionalidad del resolución 298/17 por omitir el inicio del procedimiento por el trabajador damnificado, limitar el ofrecimiento de prueba e impedir producir prueba (sujeto a ilegítimas facultades jurisdiccionales de médicos de las Comisiones Médicas), afectando claramente el derecho de defensa del actor (art. 18 CN). **EXPLICITAMENTE MANIFIESTO QUE NO ME SOMETO VOLUNTARIAMENTE AL PROCEDIMIENTO DE LA LEY 27348.** En condición de trabajador-accidentado, me encuentro en un grave estado de necesidad, con una incapacidad invalidante, sin menoscabo de mi derecho irrenunciable a percibir las prestaciones de la LRT por mi total incapacidad derivada del accidente El procedimiento de la ley 27348 establece una función jurisdiccional ejercida por la Administración Federal (Comisiones Médicas) que deviene inconstitucional, de acuerdo a la doctrina de la CSJN en el caso "Ángel Estrada y Cia S.A C/ RES. 71/96 -Sec. Ener y Puertos" del 5/4/2005.1- Ausencia de imparcialidad de la Comisiones Médicas La imparcialidad e independencia de las comisiones medicas no se encuentra garantizada dado que se encuentran financiadas por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo e Empleadores Autoasegurados (Resolución 1104/206; 1105/2010 y 214/2017 de la SRT)Se expone un claro conflicto de intereses, y afecta gravemente la imparcialidad e independencia de las comisiones medicas. 2.- Naturaleza de la controversia derivada del Derecho Común. El conflicto se suscita entre un trabajador accidentado (sujeto de preferente tutela Constitucional) y una empresa privada la ART. Por tanto esta ausente el interés público que justifique la intervención de un organismo administrativo que aparte al juez natural de la materia (derecho común) **NO SE GARANTIZA EL CONTROL JUDICIAL SUFICIENTE.** El juez natural, queda como una instancia de apelación restringida por el carácter suspensivo y en relación del recurso de apelación que se presente en caso del disenso del trabajador damnificado. **NO HAY UNA REVISIÓN JUDICIAL AMPLIA Y SUFICIENTE** del proceso conforme la doctrina de la CSJN en causa "Ángel Estrada".

- Comunicación de renuncia

1

2 - Comunicación de ausencia

3 - Otro tipo de comunicación

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales u obras sociales, se consignará su domicilio legal.