

ACEPTACIÓN DE PATROCINIO LETRADO

Quien suscribe,, D.N.I., con domicilio real en, C.P., TEL:, a los días del mes de de, acepta el patrocinio letrado del/ de la Dr./Dra., C.U.I.T., Matrícula, con domicilio legal constituido en la calle N°..... Piso..... Of, para actuar en los procedimientos administrativos establecidos en la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo que tramiten ante las Comisiones Médicas o el Servicio de Homologación en el ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, conforme lo reglado en la Resolución S.R.T. n° 298/17.

Firma del damnificado

Firma del letrado patrocinante