

## ACEPTACIÓN DE PATROCINIO LETRADO

Quien suscribe, ..... D.N.I. ...., con domicilio real en ....., C.P. ...., TEL: ....., a los ..... días del mes 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