



Ministerio de Capital Humano  
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:

☐ Opción de la C.M. correspondiente a su domicilio (deberá presentar su  
D.N.I.)

Domicilio:.....

.....

Localidad:.....

Provincia:.....

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado