



Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1º de la Ley 27.348, solicito la intervención de la Comisión Medica Nº \_\_\_\_\_ 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