



Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1° de la Ley 27.348, en el art. 6° de la Res. 326/17 y resoluciones modificatorias, solicito la intervención de la Comisión Médica N°_____ Delegación _____, la cual será competente en virtud de (marque con una X):

- Opción de la C.M. correspondiente a su domicilio (deberá presentar su D.N.I.)
- Opción de la C.M. correspondiente al lugar de efectiva prestación de servicio (deberá presentar constancia expedida por su empleador, conforme lo establecido en la Res. SRT 698/17)
- Opción de la C.M. correspondiente al domicilio laboral donde habitualmente reporto (deberá presentar constancia expedida por su empleador, conforme lo establecido en la Res. SRT 698/17)

Según la opción ejercida, informo el domicilio correspondiente:

Domicilio:.....

Localidad:..... Provincia:.....

Adjunto a la presente la documentación respaldatoria, a efectos de validar la opción ejercida.

-----	-----	-----
Firma	Aclaración	DNI
Damnificado / Apoderado		

-----	-----	-----
Firma Patrocinio Letrado	Aclaración	Matrícula N°