

DESIGNACIÓN DE PATROCINIO LETRADO

Mediante la presente, se notifica que su A.R.T. /E.A. ha iniciado el expediente S.R.T. N° _____/____ en el ámbito de las Comisiones Médicas, con el fin de determinar el porcentaje de incapacidad derivado de su siniestro laboral de fecha ____/____/____.

En el marco del procedimiento dispuesto por la Resolución S.R.T. N° 298/2017, reglamentaria de la Ley Complementaria N° 27.348, Usted deberá DESIGNAR un ABOGADO particular de su confianza que lo acompañará en el trámite, cuyos honorarios profesionales estarán a cargo de su Aseguradora. Se le recuerda que el asesoramiento por parte de un ABOGADO resulta necesario durante todo el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional.

A continuación, complete sus datos en IMPRENTA MAYÚSCULA y declare la DESIGNACIÓN de su PATROCINIO LETRADO:

Quien suscribe, _____, D.N.I. N° _____, con domicilio real en la calle _____, de la localidad de _____, C.P. _____, Tel.: _____, a los ____ días del mes de _____ de _____, designa el patrocinio letrado del/ de la Dr. /Dra. _____, C.U.I.T.

, Matrícula _____, con domicilio legal constituido en la calle _____ N° _____, Piso _____, Of. _____, de la localidad de _____, y domicilio electrónico en _____, para actuar en los procedimientos administrativos establecidos en la Ley Complementaria de Riesgos del Trabajo N° 27.348, que sean tramitados en la Comisión Médica N° ____ de la ciudad de _____, conforme lo reglamentado en la Resolución S.R.T. N° 298/2017.

El Letrado Patrocinante deberá estar inscripto en "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica" para ser notificado, según Resolución S.R.T. N° 22/2018.

.....
Firma y aclaración del trabajador

.....
Firma y aclaración del Letrado

Funcionario S.R.T: por favor, verificar que se acompañe la siguiente documentación:

- D.N.I. trabajador
- Opción de Jurisdicción y documentación respaldatoria
- Credencial del Letrado Patrocinante
- D.N.I. Letrado Patrocinante

.....
Firma, fecha y sello de funcionario