

**DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA POR EL ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA O REPORTA SERVICIOS**

**DATOS DEL TRABAJADOR Y DE LA CONTINGENCIA**

APELLIDO Y NOMBRE..... N° DE C.U.I.L.:.....

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: ...../...../..... N° DE SINIESTRO: .....

EMPLEADOR:..... N° DE C.U.I.T.:.....

**DECLARACIÓN JURADA DEL LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O EXPOSICIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Mediante la presente, hago ejercicio de la opción de competencia dispuesta en el artículo 1° de la Ley N° 27.348 y el artículo 6° de la Resolución S.R.T. N° 326/2017 y sus modificatorias, y solicito la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al Establecimiento donde presto o reporto servicios habitualmente, manifestando en carácter de DECLARACIÓN JURADA que el mismo se encuentra situado en la siguiente dirección:

Calle:..... Nro.: ..... Piso: ..... Depto:.....

Localidad:..... C.P.:..... Provincia:.....

**IMPORTANTE:** Sr. Trabajador, la información por Usted consignada en el presente formulario reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

El lugar de ocurrencia o exposición denunciado mediante la presente será verificado mediante la “Base Única de ESTABLECIMIENTOS” creada por el artículo 1° de la Resolución S.R.T. N° 3.194 de fecha 2 de diciembre de 2014.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Trabajador

IF-2018-49687956-APN-GACM#SRT