



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
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 Médica 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:.....