



*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 Medica N° 40 Delegación Santa Fe, la cual será competente en virtud de:

Opción de la C.M. correspondiente a su domicilio (deberá presentar su DNI)

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado