

FORMULARIO A: DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA POR EL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA
POR EL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DATOS DEL TRABAJADOR Y DE LA CONTINGENCIA

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

Fecha de 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 lugar de efectiva prestación de servicios, manifestando en carácter de DECLARACIÓN JURADA que el lugar de ocurrencia del Accidente de Trabajo o de exposición a los agentes de riesgo causantes de la Enfermedad Profesional, 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 el Registro Nacional de Accidentes Laborales (Re.N.A.L.) creado por la Resolución S.R.T. N° 3.326 de fecha 9 de diciembre de 2014 y el Registro de Enfermedades Profesionales creado por la Resolución S.R.T. N° 840 de fecha 22 de abril de 2005.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Trabajador

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