



"2020 - AÑO DEL GENERAL MANUEL BELGRANO "

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Datos damnificado:

Apellido y Nombres:	
Fecha del Accidente o primera manifestación de Enfermedad Profesional: / /	
D.N.I.:	C.U.I.L.:
Fecha de Nacimiento: / /	
Domicilio real:	
Localidad:	Código Postal:
Teléfono FIJO:	CELULAR (obligatorio):
Email damnificado:	

Datos patrocinante/apoderado (adjuntar copia dni y credencial, ambas caras):

Apellido y Nombres:	
CUIT - CUIL:	Matrícula:
Domicilio legal:	
Localidad:	Código Postal:
Teléfono FIJO:	CELULAR (obligatorio):
Email patrocinante/apoderado:	

Seleccione el motivo por el que solicita iniciar el trámite ante la SRT-Comisión Médica:

<input type="checkbox"/>	Pasaron 30 días corridos del alta médica y no me otorgaron incapacidad (adjuntar copia del alta médica, denuncia del accidente/enfermedad profesional, DNI y constancia de CBU)
<input type="checkbox"/>	Estoy en desacuerdo con las prestaciones médicas brindadas por la ART o con el alta médica otorgada (en este caso Comuníquese previamente al 0800-666-6778) – Trámite presencial y de demanda espontánea
<input type="checkbox"/>	Me rechazaron el siniestro (adjuntar copia de denuncia del accidente/enfermedad profesional, carta de rechazo que le envió la ART, DNI y cumplimentar los requisitos de la Resolución N° 899/17)
<input type="checkbox"/>	Hice la denuncia pero la ART nunca me atendió, ni se comunicó conmigo (adjuntar copia de la denuncia y DNI)
<input type="checkbox"/>	Hice la denuncia por reingreso de accidente/enfermedad profesional y no tuve respuesta o me fue denegado. (adjuntar copia de la denuncia de reingreso, de la denegatoria del mismo, del alta médica anterior a la denuncia de reingreso y DNI)

Sr. Trabajador: se le recuerda que, según la normativa vigente, deberá contar con Patrocinio Letrado desde la primera presentación. De carecer de Patrocinio Letrado, podrá solicitar que se le asigne un letrado del Servicio de Patrocinio Gratuito. Ante cualquier consulta puede comunicarse a la línea gratuita: 0800-666-6778.

<input type="checkbox"/>	Seleccione este casillero en el caso de que opte por la asignación de un letrado del Servicio de Patrocinio Gratuito
--------------------------	--

Firma Damnificado

Firma Letrado Patrocinante/Apoderado

COMISION MEDICA 14 - JUNIN - Belgrano 249 Esq. Winter - Junin - C.P. (6000)
Consultas al: 0800 - 666 - 6778 - Horario Mesa de Entradas de 8 hs a 14 hs.



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° 14 JUNÍN, 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:.....

Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

CONTINGENCIA DENUNCIADA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

..... de de 2019

(*) DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre del Trabajador:

C.U.I.L. N° - -

Fecha de Nacimiento:/...../.....

Sexo: M F

DATOS DEL EMPLEADOR

(*) Nombre del Empleador:

(*) C.U.I.T. N° - -

(*) Teléfono de contacto del Empleador:

(*) E-Mail de contacto del Empleador:

Domicilio legal del Empleador:

Calle:

Nro.: Piso: Depto.....

Localidad:

CP: Provincia:

(*) Domicilio del establecimiento donde desempeña/ba:

(*) Calle:

(*) Nro.: (*)Piso: (*)Depto.....

(*) Localidad: (*) CP:

(*) Provincia:

(*) Enfermedad denunciada como de índole Profesional/Laboral:

.....

(*) Fecha de toma de conocimiento/diagnóstico de la Enfermedad denunciada:.....

(*) Antigüedad en la Empresa (años/meses):.....

(*) Antigüedad en el Puesto/Sector de trabajo (años/meses):.....

Nombre del Puesto/Sector de trabajo:

.....

(*) Jornada Laboral:

▪ cantidad de horas semanales:

▪ cantidad de días trabajados a la semana:

Conoce si está expuesto a un agente de riesgo (señale con una cruz): SI NO

Agente/s de riesgo invocado/s:

.....

.....

(*) Utiliza Elementos de Protección Personal (señale con una cruz): SI NO

En caso afirmativo, indique cuales:

.....

(*) Descripción de las tareas realizadas:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(*) Alguna vez lo cambiaron de puesto de trabajo: SI NO

(*) En caso afirmativo, detalle que tareas realizaba:.....

.....
.....
.....

(*) En la actualidad continúa trabajando para el empleador mencionado anteriormente: SI NO

(*) En caso negativo, señale el motivo del caso laboral:

Licencia Médica Despido Suspensión de Tareas

(*) Por la Enfermedad denunciada a la ART/EA, realizó algún tratamiento médico SI NO

(*) En caso afirmativo, detalle el tratamiento médico que realizaba:

.....
.....
.....
.....

(*) En caso de que la Enfermedad denunciada a la A.R.T./E.A. como de índole laboral sea alguna de las siguientes, complete la totalidad de los campos que a continuación se detallan:

Disfonía:

Se desempeña/ba como docente:

NO SI

En caso afirmativo, tiene actividad frente al curso con una cantidad de horas igual o mayor a 18 hs cátedra o 13.5 hs reloj por semana al frente de uno o más cursos:

NO SI

Es/era operador de Call Center:

NO SI

En caso afirmativo, está/ba expuesto al uso de la voz más de 13, 5 hs reloj semanales

NO SI

Espondiloartrosis lumbar:

Conduce/conducía vehículos de transporte urbano o interurbano de pasajeros:

NO SI

Conduce/conducía maquinaria agrícola:

NO SI

En caso Afirmativo, indique cuáles:

.....
.....

Conduce/conducía maquinaria pesada del tipo vehículos viales o maquinaria de construcción: retroexcavadoras, palas, aplanadoras, etc.:

NO SI

En caso Afirmativo, indique cuáles:

.....
.....

Hernia lumbar:

Realiza/ba Levantamiento Manual de Cargas:

NO SI

En caso afirmativo, levanta/ba más de 25 Kg.

NO SI

Indique peso aproximado de los objetos manipulados en Kilogramos:
..... Kilogramos.

Indique la cantidad de levantamientos aproximados por hora/jornada:

.....
levantamientos.

Várices

(primitivas bilaterales)

Camina/ba menos de 100 metros por hora, durante por lo menos 3 hs.

seguidas en la jornada:

NO SI

Permanece/permanecía estático (sin caminar) por lo menos 2 hs seguidas en la jornada:

NO SI

Otra (en caso de no ser ninguna de las anteriores), indique la Enfermedad:

.....
.....
.....
.....

IMPORTANTE:

Sr. Trabajador, **el presente formulario debe ser completado de puño y letra, en imprenta mayúscula.** Asimismo, se le informa que los datos por Ud. consignados en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada.

Ante la inconsistencia de los datos o ante la ilegibilidad de lo que fuera consignado por Ud. en el presente formulario se procederá al cierre y archivo de las actuaciones, debiendo ser iniciado un nuevo trámite médico una vez subsanada la irregularidad.

(*) Datos obligatorios.

.....
[Firma y aclaración del trabajador damnificado]

.....
[Firma y aclaración del Letrado Patrocinante]

.....
[Firma y aclaración del Funcionario SRT interviniente]

