

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

IF-2018-49687956-APN-GACM#SRT