NOTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DE PATROCINIO LETRADO

En el marco del procedimiento dispuesto por la Resolución S.R.T. N° 298/2017, reglamentaria de la Ley Complementaria N° 27.348, Usted deberá DESIGNAR un ABOGADO particular de su confianza que lo acompañará en el trámite, cuyos honorarios profesionales estarán a cargo de su Aseguradora. Se le recuerda que el asesoramiento por parte de un ABOGADO resulta necesario durante todo el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional. En ningún caso, el abogado elegido por Usted podrá exigirle pago alguno por sus servicios.

A continuación, complete sus datos en IMPRENTA MAYÚSCULA y declare la ACEPTACIÓN de su PATROCINIO LETRADO:

Quien suscribe, _____, D.N.I. N° _____, con domicilio real en la calle _____, de la localidad de _____, C.P. _____, Tel.: _____, a los ____ días del mes de _____ de _____, acepta el patrocinio letrado del/ de la Dr. /Dra. _____, C.U.I.T. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐, Matrícula _____, con domicilio legal constituido en la calle _____ N° _____, Piso_____, Of. _____, de la localidad de _____, y domicilio electrónico en _____, para actuar en los procedimientos administrativos establecidos en la Ley Complementaria de Riesgos del Trabajo N° 27.348, que sean tramitados en la Comisión Médica N°____ de la ciudad de _____, conforme lo reglamentado en la Resolución S.R.T. N° 298/2017.

El Letrado Patrocinante deberá estar inscripto en "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica" para ser notificado, según Resolución S.R.T. N° 22/2018.

.....
Firma y aclaración del trabajador

.....
Firma y aclaración del Letrado

Funcionario S.R.T: por favor, verificar que se acompañe la siguiente documentación:

- ☐ D.N.I. trabajador
- ☐ Opción de Jurisdicción y documentación respaldatoria
- ☐ Credencial del Letrado Patrocinante
- ☐ D.N.I. Letrado Patrocinante

.....
Firma, fecha y sello de funcionario