



ANEXO II

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES LABORALES EN LOS QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL

MODELO DE CARTA PODER

	Carta Poder
--	--------------------

Quien suscribe

Apellido y Nombres	Tipo y N° de documento	Sexo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Domicilio	CP <input type="text"/>		
<input type="text"/>			
Correo electrónico	Teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a

Apellido y Nombres	
<input type="text"/>	
Tipo y N° de Documento	
<input type="text"/>	
Parentesco	Profesional - Matrícula
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	CP
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma Apoderado	Firma del Poderdante
-----------------	----------------------

Certificación de firmas por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales consignados son copia fiel de los originales en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

Lugar y Fecha	Firma y sello Funcionario Certificante
---------------	----------------------------------------



FORMULARIO DE APELACION Y EXPRESION DE AGRAVIOS


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

FORMULARIO DE APELACION Y EXPRESION DE AGRAVIOS

APELLIDO Y NOMBRE DEL DAMNIFICADO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DAMNIFICADO:

CUIL: N° DE EXPEDIENTE:

COMISION MEDICA ACTUANTE: FECHA DEL DICTAMEN DE COMISION MEDICA:

CONSIGNAR EXPRESAMENTE LA PARTE DE LA RESOLUCION QUE SE APELA:

.....

.....

DOMICILIO LEGAL DEL APELANTE:

.....

MARQUE CON UN CIRCULO CUAL ES EL MOTIVO DE SU AGRAVIO:

1. NEGATIVA DE LA NATURALEZA LABORAL DEL ACCIDENTE DE TRABAJO;
2. NEGATIVA DEL CARACTER PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD;
3. EXCLUSIONES SUPUESTOS DEL APARTADO 3°, ARTICULO 6°, DE LA LEY 24.557;
4. GRADO -PORCENTAJE- DE INCAPACIDAD DETERMINADO POR LA COMISION MEDICA;
5. CONTENIDO Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE;
6. DIVERGENCIA EN RELACION CON LA SITUACION DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA/TRANSITORIA O EN RELACION A LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE. (AQUI SE PODRIA EXPRESAR DE ALGUNA MANERA MAS CLARA COMO CUESTIONAMIENTO A LA SITUACION DE ALTA O UNA DISCONFORMIDAD CON UNA EXTENSION DE UNA TEMPORARIA O TRANSITORIA. EN TANTO SEA COMPATIBLE CON EL 22 DE LA LRT Y 23 DEL DECRETO 717/96);
7. SUSPENSION DE LAS PRESTACIONES DINERARIAS EN CASO DE NEGATIVA INJUSTIFICADA DEL DAMNIFICADO A PERCIBIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE LOS INCISOS A), C) Y D) DEL ARTICULO 20 DE LA LEY 24.557;
8. OTRO MOTIVO. EXPRESAR CUAL:

.....

.....

