

ANEXO III – RECHAZO ENFERMEDAD PROFESIONAL

Datos del trabajador

Nombre y apellido

CUIL

Asistencia Letrada (Procedimientos Res. SRT N° 298/17)

Nombre y apellido

CUIT/Domicilio electrónico

Matrícula - Jurisdicción

Datos del Empleador

Nombre/Razón Social/CUIT

Establecimiento del lugar de efectiva prestación de servicios
o donde habitualmente reporta el trabajador

Localidad

Provincia

DATOS DE LA ART, EMPLEADOR AUTOASEGURADO O EMPLEADOR NO ASEGURADO

Denominación/Razón Social

CUIT (En caso de empleadores)

Datos de la enfermedad

Fecha de la denuncia

Fecha de baja laboral

Fecha de diagnóstico

Sector/Área de trabajo

Antigüedad en la tarea

Año de ingreso a la empresa

Describí detalladamente las tareas que realizás:

Diagnóstico de la enfermedad que denunciás:

| | |
|---|---|
| ¿Realizaste o realizás tareas similares para otros empleadores? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Denunciaste la misma enfermedad a otro empleador? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nombre/Razón Social y CUIT de los empleadores, en caso de corresponder. | |

Atención médica

| | |
|---|---|
| 1. ¿Recibiste atención de la ART? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿La aseguradora te dio el alta médica? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Recibiste atención médica de la Obra Social, Prepaga o Salud Pública? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Detallá las pruebas ofrecidas que demuestran que tiene origen laboral:

Las partes deberán ofrecer, en su primera presentación, toda la prueba de la que intenten valerse acompañando en esa oportunidad la documental pertinente. Cuando la parte trabajadora invocare haber recibido tratamiento médico a través de su Obra Social o de prestadores públicos o particulares, deberá acompañar la historia clínica correspondiente. (art. 7° Res. SRT N° 298/17; punto 19 del Anexo I de la Resolución SRT 179/15; art. 14, Ley N° 26.529)*

Opción de competencia

| | | |
|--|--|--------------|
| Solicito la intervención de la Comisión Médica | N° | Jurisdicción |
| Fundamento (Acompañar DNI, Certificado Res. SRT N° 698/17 o DDJJ Res. SRT N° 11/18, según corresponda) | <input type="checkbox"/> Domicilio | |
| | <input type="checkbox"/> Domicilio de efectiva prestación de servicios | |
| | <input type="checkbox"/> Domicilio donde habitualmente reporta | |

La persona firmante declara que la información consignada es verídica y completa.

| | |
|--|------------|
| Firma Trabajador | Aclaración |
| Firma Letrado Patrocinante. (En caso de corresponder) | Aclaración |

Fecha:

Aclaración: En caso de que los espacios no resulten suficientes, incorpore una hoja aparte debidamente firmada con la información adicional.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO III - Expediente EX-2025-140614308-APN-SCL#SRT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.