



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

## **ANEXO I**

### **NOTIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE (I.L.P.)**

Es el instrumento a través del cual la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) o el Empleador Autoasegurado (E.A.) deberá notificar fehaciente a la trabajadora damnificada o el trabajador damnificado sobre la existencia de secuelas incapacitantes y requerir la constitución del patrocinio letrado obligatorio. Este formulario deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Lugar y fecha de emisión del documento de notificación.
2. N° de siniestro (Re.N.A.L./R.E.).
3. Fecha del Accidente de Trabajo/Primera Manifestación Invalidante (P.M.I.).
4. Datos de la Trabajadora/el Trabajador: Apellido y Nombre, C.U.I.L., y domicilio.
5. Datos de Contacto de la A.R.T./E.A. y teléfono de línea gratuita de consultas y reclamos (Resolución S.R.T. N° 2.553/13).
6. Texto Modelo:

La notificación de la Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.) deberá poseer el siguiente formato:



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

**ANEXO I**

**Sr/a. Trabajador/a:**

Se le NOTIFICA que Usted presentaría una Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.), por la cual le correspondería percibir una indemnización.

En tal sentido, Ud. deberá designar su ABOGADO de confianza y seleccionar la Comisión Médica Jurisdiccional en la cual gestionará su trámite, comunicando a esta Aseguradora su elección dentro de los próximos CINCO (5) días hábiles a [DATOS DE CONTACTO DE LA A.R.T./E.A.]. (\*)

Usted podrá elegir la Comisión Médica considerando: a) el domicilio que figura en su D.N.I. (acompañando copia de su D.N.I.); o b) el domicilio del lugar en que presta servicios en forma efectiva o reporta tareas habitualmente (realizando Declaración Jurada conforme Resolución S.R.T. N° 11/2018).

Una vez designado su representante legal y valorado el daño derivado del accidente o enfermedad, esta Aseguradora podrá efectuarle una propuesta de acuerdo, la que se le comunicará a su abogado. En caso de arribarse a un acuerdo, se requerirá obligatoriamente para su instrumentación la asistencia jurídica de su abogado, para luego ser sometido a consideración del Servicio de Homologación de la Comisión Médica por Ud. seleccionada para su aprobación.

Si no hubiera acuerdo, se iniciará un trámite de determinación de la incapacidad en la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio denunciado en su D.N.I. (artículo 5°, Resolución S.R.T. N° 298/17). En el caso en que no se cumpliera con la designación de su abogado, no concurriera a los turnos médicos que fueran asignados para valorar el grado de incapacidad laboral o no hubiere expresado su intención respecto de la propuesta de acuerdo, se le informa que Usted deberá solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional para la determinación de sus secuelas incapacitantes (artículo 2°, Resolución S.R.T. N° 20/21).

Si Usted no cuenta con un ABOGADO de su confianza, podrá solicitar uno que será seleccionado por sorteo de los listados conformados por los colegios profesionales mediante la Plataforma ACOM ([www.acom.org.ar](http://www.acom.org.ar)) o a través del sitio web de la S.R.T. ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). Por cualquier consulta que desee realizar, lo invitamos a comunicarse a nuestra línea gratuita al [TELÉFONO DE LÍNEA GRATUITA DE CONSULTAS Y RECLAMOS (Resolución S.R.T. N° 2.553/13)] o con la S.R.T. al 0800-666-6778.

(\*) En dicha oportunidad, deberá junto con su ABOGADO, acompañar presentación por escrito mediante la cual se deje constancia de la representación letrada designada y constituya domicilio a los efectos del trámite (artículo 1° de la Ley N° 27.348; artículo 28 de la Resolución S.R.T. N° 298/17).