



# Solicitud / Ingreso de trámite conciliatorio

TIPO DE TRÁMITE	INICIADO POR
<input type="checkbox"/> Conciliación Obligatoria <input type="checkbox"/> Acuerdo Espontáneo	<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Empleador

1-DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE SOLICITADO - *OBJETO	
<input type="checkbox"/> Accidentes - Plantea inconstitucionalidad Ley 24557 <input type="checkbox"/> Acción civil por accidente – Inconstitucionalidad ley 24557 <input type="checkbox"/> Acoso Laboral <input type="checkbox"/> Cobro de salarios <input type="checkbox"/> Consignación <input type="checkbox"/> Daño Moral <input type="checkbox"/> Desalojo <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Despido Artículo 247	<input type="checkbox"/> Diferencia de salarios <input type="checkbox"/> Indemnización fallecimiento del empleador (art. 249 LCT) <input type="checkbox"/> Indemnización fallecimiento del trabajador (art. 248 LCT) <input type="checkbox"/> Indemnización por enfermedad (art. 212 LCT) <input type="checkbox"/> Jubilación Artículo 252 <input type="checkbox"/> Ley 22250 (construcción) <input type="checkbox"/> Modificación de Cond Laborales <input type="checkbox"/> Multas de ley – varias <input type="checkbox"/> Multas ley 24013
<input type="checkbox"/> Mutuo Acuerdo 241 <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Período de Prueba Artículo 92 bis <input type="checkbox"/> Reclamo certificado de trabajo (art. 80 LCT) <input type="checkbox"/> Renuncia Artículo 240 <input type="checkbox"/> Salarios por suspensión <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Transferencia de Personal	
Encuadre legal / Rubros	

2-DATOS DE LA PARTE TRABAJADORA - PRESENTANTE			
*Nombre y apellido			
*LE/LC/DNI N°	*Fecha Nacimiento	*Nacionalidad	
*Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> No Registrado
*Provincia	*Partido	*Localidad	
*Calle	Número		
Piso	Dto		
Instrucciones Adicionales	*Código Postal		
Teléfono	Teléfono celular	*Fecha de ingreso	
*Fecha de egreso	*Remuneración	CUIL	
Conv. Col. Trab. (n° y año)	*Categoría	*Importe reclamado	
Correo Electrónico			

3-DATOS DE LA PARTE EMPLEADORA			
*Tipo Pers. Jurídica			CUIT
Razón social / Nombre			
*Actividad			
*LE/LC/DNI N°			
*Provincia	*Partido	*Localidad	
*Calle	Número		
Piso	Dto		
Instrucciones Adicionales	*Código Postal		
Teléfono	Correo Electrónico		

4-ASISTENCIA LEGAL / SINDICAL DE LA PARTE PRESENTANTE			
*Carácter	<input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Representante gremial <input type="checkbox"/> Patrocinante <input type="checkbox"/> Representante Empresarial		
*Representante de	<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Empleador		
*Nombre y apellido			*Matrícula (T° F°)
*LE/LC/DNI N°			
*Provincia	*Partido	*Localidad	
*Calle	Número		
Piso	Dto		
Instrucciones Adicionales	*Código Postal		
*Teléfono	*Teléfono celular	*Correo Electrónico	

Se acepta que el representante del requirente, adopte como modalidad de notificación la vía por correo electrónico, a la casilla de correo electrónico denunciada

Declaro bajo juramento que:

- El Trabajador desempeñó sus tareas laborales en una Sucursal de la Empresa domiciliada en Capital Federal.
- La Celebración del Contrato de Trabajo se realizó en Capital Federal
- No se ha iniciado otro trámite con igual objetos ni partes
- La Empresa tiene Domicilio Real en Capital Federal.

Ley N° 24.635 - Decreto N° 1169/96

NF SECL0 001/04

Firma del Presentante	
Carácter	Fecha