



CORRESPONDE EXPEDIENTE N°: 21521-

ACTA DE RECLAMO

DATOS DE LA PARTE RECLAMANTE:

Apellido y Nombres:
 Fecha de nacimiento:/...../.....
 DNI N°: Edad Estado civil:
 Domicilio: Teléfono:
 Localidad: Partido:

DATOS DE LA PARTE RECLAMADA:

Razón Social: C.P.: (.....)
 Domicilio Legal:
 Localidad: Partido:
 Domicilio Laboral: C.P.: (.....)
 Localidad: Partido:
 C.U.I.T. N°: C.P.: (.....)
 Actividad Principal: Teléfono:

DE LA RELACION LABORAL (en los marque con X lo que corresponda)

Contrato de Trabajo REGISTRADO NO REGISTRADO
 INCORRECTAMENTE REGISTRADO Por fecha Por Sueldo
 C.U.I.L. N°: Categoría:
 Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

Sueldo \$ por HORA DIA QUINCENA MES
 Tipo de contratación: POR TIEMPO INDETERMINADO POR TIEMPO DETERMINADO
 Motivo del Cese: DESPIDO DIRECTO DESPIDO INDIRECTO RENUNCIA
 SI NO EXISTIO INTERCAMBIO TELEGRAFICO (en caso afirmativo agregar copias)

RECLAMA:.....

En el día de la fecha me notifico de la audiencia que se fijo por el presente reclamo para el día a las hs., por ante la **Secretaría de Conciliación N°** dejando aclarado que la incomparecencia a dicha audiencia dará lugar a sanciones previstas en ley 10.149 y ctes. Includendo el archivo de las actuaciones.-

IMPORTANTE: Completar formulario por duplicado, copia de DNI, copia de intercambio telegráfico y copia de los recibos de los últimos 6 meses.

FIRMA:

Recuerde que el duplicado de su solicitud de audiencia, permanecerá en Mesa de Entradas por un plazo de 30 días.

... SU NUMERO TELEFONICO