

 ***Formulario de consulta***

Ministerio de Producción y Trabajo – Secretaría de Trabajo - Dirección del Servicio de Asesoramiento y Patrocinio Jurídico Gratuito para trabajadores

**Fecha: ....../....../...........**

# PARA SER COMPLETADO POR LA TRABAJADORA O EL TRABAJADOR

# Datos personales

Apellidos y nombres:.......................................................................................................................

Mas. Fem. Nacionalidad:…................……………..…Estado Civil: .................……………

DNI LE LC CI Nº……………………………..……CUIL………………………….…..

Fecha de nacimiento:...../......../...........Fecha de ingreso al país (extranjeros): ......../......../...........

Domicilio:.....................................................Piso:….…Depto:……..Localidad:................................

Provincia:............................... Código postal:..........................Teléfono Fijo: ..................................

Teléfono Celular:………………………….. Correo Electrónico:………………………………………..

Nivel de instrucción:.........................................................................................................................

Fecha de ingreso: ......./......./.......... Fecha de egreso:.........../........../................

# Motivo de consulta

Despido Suspensión Accidente Enfermedad Violencia laboral

Violencia laboral por género Conflictos específicos del Personal de Casas Particulares

#  Liquidación final Renuncia Otros

# Beneficios de la Seguridad Social

Jubilación Pensión Seguro por desempleo

# Situación Laboral Actual

Ocupado Desocupado Remuneración:......................................................................

Tareas:............................................................................................................................................

# ¿Registrado? SI NO ¿Le realizan aportes? SI NO

# Datos de la empleadora o del empleador

# Apellido y Nombre o Razón Social: ….........................................................................................................

Tipo de sociedad: .................................. Rama o Actividad principal:...........................................

# CUIT: .......................................... Domicilio: .................................................................................

Localidad:.................................. Código Postal: ................... Provincia: ......................................

Teléfono:............................. Convenio colectivo de trabajo Nº.................. o Nombre.................................

***(todos los datos suministrados tienen carácter de Declaración Jurada)***

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………...****Firma de la o el consultante** |