



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
SUBSECRETARIA DE TRABAJO, INDUSTRIA Y COMERCIO
Dirección General de Relaciones Laborales
Bartolomé Mitre 575 - PB

C

Formulario de Inicio de Procedimiento - Conciliación

Reclamante (1)	Trabajador	<input type="checkbox"/>			
	Empleador	<input type="checkbox"/>	Día	Mes	Año

Datos del Trabajador

Apellido y Nombre:	<input type="text"/>					
Fecha de Nacim.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tipo Doc.	<input type="text"/>	Nro. Doc.	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>			Localidad:	<input type="text"/>	
Correo electrónico:	<input type="text"/>			Teléfono:	<input type="text"/>	
Ingreso:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Egreso:	<input type="text"/>	Remuneración:	<input type="text"/>
Tarea:	<input type="text"/>		Categoría:	<input type="text"/>		

Datos del Empleador

Razón Social o Apellido y Nombre:	<input type="text"/>					
CUIT	<input type="text"/>			Actividad (2):	<input type="text"/>	
Domicilio:	<input type="text"/>			Localidad:	<input type="text"/>	
Correo electrónico:	<input type="text"/>			Teléfono:	<input type="text"/>	

Descripción del Reclamo

Objeto del reclamo (3):	<input type="text"/>				
	Importe reclamado:				<input type="text"/>

Asignación de Turno

Fecha:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	---	----------------------

Declaro bajo juramento que no he iniciado otro reclamo igual al presente, ni tampoco un acuerdo espontáneo ante el S.E.C.L.O. (Servicio de Conciliación Laboral Obligatoria).

Firma

Aclaración

(4) Carácter

(1) Marque con una cruz lo que corresponda.
(2) Identificar rama de actividad.

(3) Identificar si es despido / reclamo salarial / otros.
(4) Identificar si el firmante es titular, apoderado o representante.