



**Poder Judicial**

# REGISTRO DE PROCESOS UNIVERSALES Y DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Nro: .....

Fecha: .....

**Señor**  
**Funcionario a cargo del**  
**Registro de Procesos Universales y de**  
**Accidentes y Enfermedades Ocupacionales**  
**S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D**

Quien suscribe .....

dirige a Ud. el presente llevando a su conocimiento, que se ha dictado **sentencia en 2da. Instancia** en el:

CARATULA:

EXPTE. SALA NRO:            AÑO:

EXPTE. JUZGADO NRO.:            AÑO:            PRIMER OFICIO :

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

CAMARA:                            SALA:                            LOCALIDAD:

AUTO NRO.:            TOMO / FOLIO NRO:                            FECHA RESOLUCION:

La sentencia en 1ra. Instancia fue (tachar lo que no corresponda):

1 - Anulada            2 - Confirmada            3 - Revoc. totalmente            4 - Revoc. parcialmente

Se admitió la demanda en contra de (1):

Se rechazó la demanda en contra de (1):

Se condenó a pagar la suma de (1):

Concepto de la Reparación (1):

Porcentaje de Incapacidad reconocida por la sentencia (1):

RECURSO DE INCONSTITUCIONALIDAD (Tachar lo que no corresponda):

Interpuesto: SI / NO

Concedido: SI / NO

SI SE EXTINGUIÓ EL PROCESO POR OTRO MODO, INDICARLO:

**Firma Secretario:** .....

(1) Completar sólo si la sentencia fue Revocada.