



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 CUIJ:

EXPTE. JUZGADO CUIJ:

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.