

Se hace saber a Ud. que en las actuaciones donde tramita (ante esta Dirección Provincial de Autoseguro de Riesgos del Trabajo) su accidente de trabajo/enfermedad profesional ocurrido en fecha.....se ha dispuesto prorrogar por el término de diez (10) días el plazo previsto en el Art. 6 del Decreto Nacional 717/96 (modificado por el Decreto 1475/15), atento a que, se carece de elementos necesarios para efectuar un conocimiento acabado de la pretensión.-

En consecuencia, queda Ud. debidamente notificado.-

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

D.N.I.: _____