ANEXO II
Acordada N° 31/2020

CENTRO INTEGRAL DE
MÉTODOS
AUTOCOMPOSITIVOS DE
RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
PODER JUDICIAL DE RIO NEGRO

Inicio Conciliación Laboral

FORMULARIO 9

CIMARC/DELEGACIÓN

REQUIRENTE:

Apellido y Nombre:

D.N.I. Nº

Domicilio real:

Localidad: C.P.: TE:

ABOGADO/A:

Patrocinante: ◯ Apoderado/a: ◯

Tomo: Folio:

Domicilio (constituido a efectos de la conciliación)

Piso: Dpto.: Localidad: C.P.:

TE: Correo electrónico:

REQUERIDO/A:

Apellido y Nombres:

D.N.I Nº:

Domicilio real:

Piso: Dpto.: Localidad: C.P.:

TE: Correo electrónico:

OBJETO DEL RECLAMO CON ENCUADRE LEGAL:

(Breve y precisa descripción del objeto del reclamo y detalle de normas en que se funda)

MONTO DEL RECLAMO Y RUBROS DEL MISMO:

Se trata de una relación de trabajo registrada

SI ◯

NO ◯

Se adjunta documentación anexa al presente

SI ◯

NO ◯

CONCILIADORES/AS PROPUESTOS/AS: marque con 1 el primero propuesto, con 2 el segundo y con 3 el tercero (para casos de imposibilidad de actuar el/la primero/a)

Nómina de Conciliadores/as activos/as en la Circunscripción:

	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐

	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐