



Formulario de Solicitud de Audiencia de Conciliación

Por dudas sobre el funcionamiento del formulario, sírvase leer el instructivo disponible en:

www.gub.uy/mtss/audiencias-conciliacion

Sírvase imprimir a doble faz

DATOS DEL TRABAJADOR									
Personales:									
Nombre *					Apellido *				
Documento de identidad			Tipo *			Número **			
Fecha de Nacimiento *			Sexo	Æ			Teléfono de contacto		
Laborales:									
Grupo de Actividad E									
Sub Grupo									
Categoría laboral									
Inscripción en planilla			Fecha ingreso			Fecha egreso			
Salario (monto y moneda) *					Forma de remuneración *				
DATOS DEL EMPLEADOR 1									
RUT				Tipo de documento			Número		
Nombre del citado *									
Nombre comercial									
Denominación social									
Domicilio *									
Departamento *					Localidad *				
País				Teléfono			Fax		
Ramo de actividad									
Calidad en que se lo cita									
DATOS DEL EMPLEADOR 2									
RUT				Tipo de documento			Número		
Nombre del citado *									
Nombre comercial									
Denominación social									
Domicilio *									
Departamento *					Localidad *				
País				Teléfono			Fax		
Ramo de actividad									
Calidad en que se lo cita									
DATOS DEL EMPLEADOR 3									
RUT				Tipo de documento			Número		
Nombre del citado *									
Nombre comercial									
Denominación social									
Domicilio *									
Departamento *					Localidad *				
País				Teléfono			Fax		
Ramo de actividad									
Calidad en que se lo cita									

* Los campos señalados con un asterisco son obligatorios. Además, es recomendable para cada empleador citado indicar RUT o documento de identidad según corresponda

** Al digitar la cédula de identidad, separar miles con puntos y el dígito verificador con guión. Ej: 1.111.111-1



Solicitud de Audiencia de Conciliación

RECLAMO					
Relación de los hechos que motivan el reclamo *:					
Rubro	Período	Monto	Moneda		
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
Otros (digitar)	-				
	-				
	-				
	-				
TOTAL					
DATOS DEL ABOGADO					
Nombre completo *					
Domicilio					
Matrícula *		Firma *			
Teléfono *					
CONSTANCIA DE RECLAMO (TRABAJADOR):					
Nombre y Apellido *		Firma *			
CONTROL:					
Fecha		Firma y sello Funcionario		Firma y sello Profesional	