

SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

Fecha		
Día	Mes	Año

C. _____
SUBDELEGADO (A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE
EN LA DELEGACIÓN _____
CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DEL TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

1.1 DATOS DEL TRABAJADOR:

PARA USO DEL TRABAJADOR

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

DOMICILIO PARTICULAR _____
CALLE _____ NO. EXTERIOR _____ NO. INTERIOR _____

COLONIA _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____
NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO. _____

CURP _____

EDAD _____ SEXO _____ H _____ M _____ NO. DE EMPLEADO _____

PUESTO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
FECHA DE INGRESO	
FECHA DE 1a COTIZACIÓN AL ISSSTE	

HORARIO DE TRABAJO (15)	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	MIXTO	JORNADA ACUMULADA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD	DÍA	MES	AÑO	HORA

CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

DEPENDENCIA	COMISIÓN	EN TRAYECTO A SU TRABAJO	EN TRAYECTO A SU DOMICILIO	TIEMPO EXTRA

DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O AREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIO EL ACCIDENTE., EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS.

ATENTAMENTE:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR _____

1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA _____ NÚMERO DE RAMO _____

DOMICILIO _____ CENTRO ADSCRIPCIÓN DE _____
CALLE _____ NÚMERO _____

COLONIA _____ DELEGACIÓN O MUNICIPIO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL RIESGO DEL TRABAJO PUESTO _____ NO. EMPLEADO _____

FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____ MIN _____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA _____

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOTA: EL ANVERSO DEBE SER REQUISITADO POR LA DEPENDENCIA EN LA CUAL LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LAS AREAS DE MEDICINA DE TRABAJO Y SE CONSIGNARAN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.

ANVERSO