**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha | | |
| Día | Mes | Año |
|  |  |  |

C. **DRA. KARLA GABRIELA SANDOVAL DIAZ**

SUBDELEGADO (A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE

EN LA DELEGACIÓN **JALISCO**

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:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE |  | |  | | |  | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | | NOMBRE (S) | |
| DOMICILIO PARTICULAR |  | | | |  | |  |
| CALLE | | | | NO. EXTERIROR | | 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 DE ADSCRIPCIÓN | |  |
| CALLE | | NÚMERO | |
|  | |  | |  | |  | |
| COLONIA | | DELEGACIÓN O MUNICIPIO | | CÓDIGO POSTAL | | TELÉFONO | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JEFE INMEDIATO QUE TÓMA CONOCIMIENTO DEL RIESGO DEL TRABAJO | |  | |
| PUESTO |  | NO. EMPLEADO |  |

SELLO DE LA DEPENDENCIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIA | | MES | | AÑO | | HORA | | MIN | |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE 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