**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