**REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO** (para ser llenado por el ente público)

**INFORME DE TRABAJADOR (A) LESIONADO (A)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: (Ver INE) Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | Género: Elija un elemento. |
| Edad: (Ver CURP / RFC)  Haga clic aquí para escribir texto. | No. de cuenta:(Ver credencial ISSET)  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | Tipo de contratación: (Ver último sobre de pago) Haga clic aquí para escribir texto. |
| Categoría operativa:(Se deberá anexar la descripción detallada de las actividades que realiza) Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | Antigüedad laboral: (Ver último sobre de pago) Haga clic aquí para escribir texto. |
| Categoría nominal: (Ver último sobre de pago) Haga clic aquí para escribir texto. | | | Horario de trabajo:  Haga clic aquí para escribir texto. | | | Turno de trabajo en el que ha sido contratado: (Matutino, Vespertino o Mixto) Haga clic aquí para escribir texto. |
| Fecha de descanso previo al accidente: (dd/mm/aaaa)  Haga clic aquí para escribir texto. | | Horas continuas de trabajo antes del accidente:  Haga clic aquí para escribir texto. | | | Domicilio: (Del trabajador / ver INE)  Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| Número telefónico: (Del trabajador / particular)  Haga clic aquí para escribir texto. | | Ente Público: (Ver último sobre de pago)  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| Área / Departamento: (Ver último sobre de pago) Haga clic aquí para escribir texto. | | Dirección del Ente Público: (Fuente oficial de gobierno)  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| Nombre y puesto del Jefe Inmediato: (Proporcionado por el trabajador)  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Lugar donde ocurrió el accidente: (elegir una opción)  lugar habitual del trabajo  otro lugar dentro del centro de trabajo  en otro centro de trabajo  en viaje o traslado por motivo de trabajo  en trayecto del domicilio al trabajo  en trayecto del trabajo al domicilio  otro: especificar Haga clic aquí para escribir texto. | | | | Fecha y hora en que ocurrió el accidente:  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Describa la forma en la que ocurrió el accidente:(La declaración deberá especificar el lugar, fecha, hora y mecanismo donde ocurrió el accidente, la o las partes del cuerpo lesionadas, así como la atención inicial recibida) Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Nombre y firma del trabajador  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Nombre y firma de testigos que presenciaron el accidente: (domicilio y números de teléfono)  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Nombre, puesto y firma de quien realizó el informe  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Lugar, fecha y hora en que se realizó el informe  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Sello del Ente Público | | | | | | | |
| De ser posible, anexar evidencia fotográfica del lugar donde ocurrió el accidente, de las lesiones y copia certificada en caso de que hayan intervenido autoridades oficiales (tránsito, seguridad pública, policía federal, otros). | | | | | | | |