PARA SER LLENADO POR EL ENTE PÚBLICO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo del trabajador:  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 (De acuerdo a su contrato):  Haga clic aquí para escribir texto. |
| Salario diario (Ver sobre de pago):  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 para el cual labora (Ver sobre de pago): Haga clic aquí para escribir texto. | | Área / Departamento donde desempeña su actividad laboral): Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Dirección del ente público (Fuente oficial de gobierno): Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Fecha de diagnóstico de la enfermedad (Día / mes / año):  Haga clic aquí para escribir texto. | | Fecha y hora en que el trabajador suspendió labores a causa de la enfermedad (En caso de licencias médicas):  Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Nombre y cargo de la persona del ente público que tomó conocimiento inicial de la enfermedad (Preferentemente jefe directo): Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Descripción precisa de los agentes causales, el tiempo y lugar de exposición a los mismos: (Se deberá anexar la evidencia de la presencia del agente causal como el atlas de Riesgo y el reporte de la Medición de los agentes de Riesgo)  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Fecha y hora de comunicación de la enfermedad al ISSET (Día / mes / año / hora):  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Aclaraciones y observaciones (Información complementaria que se juzgue pertinente para ser considerada por el Departamento de Medicina Laboral del ISSET; de ser necesario, anexar evidencias, carta aclaratoria con firma y sello del ente público):  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Nombre, puesto y firma de quien realizó el informe en representación del Ente público:  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Lugar y fecha de la elaboración del formato:  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Sello del Ente Público: | | | |