



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

NOTIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

No. DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

FECHA DE ELABORACIÓN

DÍA MES AÑO

FECHA DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

DÍA MES AÑO

CAMPO EXCLUSIVO PARA EL DEPTO. DE HIGIENE Y SEGURIDAD (SUBDIRECCIÓN DE RELACIONES DE TRABAJO RG)

DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		No. DE EMPLEADO	
DIRECCIÓN: CALLE						No EXTERIOR	No INTERIOR
COLONIA, FRACCIONAMIENTO O UNIDAD HABITACIONAL							
DELEGACIÓN O MUNICIPIO				ENTIDAD FEDERATIVA			CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	ESTADO CIVIL		
R.F.C.				No DE LA CURP			
TELÉFONO DOMICILIO		TELÉFONO OFICINA		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR:

UNIDAD	DIVISIÓN / COORDINACIÓN GENERAL		DIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA			ÁREA ACADÉMICA / SECCIÓN ADMINISTRATIVA	
PUESTO				

DATOS DEL SOLICITANTE: *

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		No. EMPLEADO	
PUESTO							

* JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR QUE SUFRIÓ EL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO.

ANEXAR: EN SU CASO, CONSTANCIA DEL SERVICIO MÉDICO DE LA PRIMERA ATENCIÓN.

JEFE INMEDIATO
NOMBRE Y FIRMA

