



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

Medicina del Trabajo PCE TEL 614 4 29 13 30 Extensión 14084

SOLICITUD DE VALORACION DE DICTAMEN MEDICO LABORAL POR DISCAPACIDAD LABORAL POR DERECHO HABIENTE TRABAJADOR A PENSIONES CIVILES DEL ESTADO.

Datos del Empleador:

Fecha: _____

1.- Dependencia _____ 2. Oficina o Escuela. _____

2. Teléfono _____ 3.- Dirección _____

4.- Colonia _____ 5.- Ciudad _____

Datos del Empleado:

6. No. de Pensiones: _____ 7. Genero: M () F () 8. Edad: ____ F Nac. _____

9. Apellidos Paterno Materno y Nombre(s). _____

10. Domicilio _____ Colonia y Ciudad _____ Teléfono _____

11. Antigüedad en años: _____ Fecha Ingreso Pensiones _____

12. Puesto u ocupación contratada _____

13. Descripción de labores diaria actuales.

(Anotar: Puesto, Horario, Área de trabajo, Personal o alumnos a su cargo, actividades diarias etc.)

Firma y sello _____

Director o Jefatura de su trabajo
Nombre, sello y firma

Repre. Sindicato
nombre, sello y firma

Interesado
nombre y firma