[FECHA] [ESTADO]
AFILIACIÓN: NÚM: [NÚMERO DE AFILIACIÓN]
CLÍNICA U.M.F NO. [NÚMERO DE CLÍNICA]

H. CONSEJO CONSULTIVO DELEGACIONAL [ESTADO]

[NOMBRE DEL TRABAJADOR]; empleado de [NOMBRE DE LA EMPRESA], con registro patronal: [NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL]. Con domicilio para oír y recibir notificaciones [DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA]. [NOMBRE DE CONTACTO]: [TELÉFONO DE CONTACTO] y [NOMBRE DE CONTACTO]: [TELÉFONO DE CONTACTO].

EXPONGO:

Que con fundamento en lo dispuesto por los artículos 15, 41, 42 y 45 de LSS, y el reglamento de dicho artículo, así como en lo establecido por los artículos 473, 474 y 483-491 de LFT, vengo a presentar el recurso de inconformidad en contra del dictamen de calificación negativa de probable riesgo de trabajo en formato ST-7, que el instituto hace del accidente que sufrí con fecha [FECHA DEL ACCIDENTE].

Para lo anterior me fundo en los siguientes hechos y consideraciones:

HECHOS:

Soy trabajador de la empresa [NOMBRE DE LA EMPRESA], ubicada en [DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA]. Con una antigüedad de [DÍAS DE ANTIGÜEDAD] en el puesto de [PUESTO], desempeñando la actividad de [ACTIVIDAD].

El día [FECHA DEL INCIDENTE], aproximadamente a las [HORA DEL INCIDENTE], después de haber acabado mi jornada laboral y tiempo extra, yendo de trayecto de mi zona de trabajo a mi domicilio usando como medio de transporte “motocicleta”, sufrí una caída debido al clima lluvioso en [LUGAR DEL INCIDENTE], dando aviso a mi supervisor aproximadamente a las [HORA DE AVISO], quien me indicó acudir a Seguridad e Higiene el día [FECHA DE LA VISITA] donde fui valorado y me enviaron a [LUGAR DE VALORACIÓN ADICIONAL] para valoración. Solicito la revisión de la calificación debido a que repercute en mi economía, ya que me encuentro en incapacidad temporal, lo cual limita mis actividades cotidianas, considerando que tomé las precauciones necesarias ya que el clima no depende de mí.

Atentamente,

[NOMBRE DEL TRABAJADOR]