Escrito de inconformidad presentado por el trabajador por la calificacion del accidente o enfermedad

AFILIACIÓN NUM. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

H. CONSEJO CONSULTIVO DELEGACIONAL

P R E S E N T E

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mexicano, mayor de edad, casado, al corriente en el pago de mis obligaciones fiscales, con Registro Federal de Causantes número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con domicilio para oír y recibir toda clase de notificaciones, documentos y citas el ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de esta ciudad, con número de afiliación mencionado, ante usted con el debido respeto comparezco y expongo:

Que con fundamento en lo establecido por los artículos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Reglamento de la Ley del Seguro Social, y demás leyes aplicables, vengo a presentar el Recurso de Inconformidad, por la calificación que el Instituto hace del accidente que sufre con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para lo anterior, me fundo en los siguientes hechos y consideraciones de derecho aplicables:

HECHOS

I. Soy trabajador de la planta de la negociación denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de esta ciudad, con una antigüedad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el puesto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

II. El da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aproximadamente a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas, al desempeñar las labores para las que fui asignado, sobrevino el accidente, pues se desprendió una pluma de las grúas con las que se ejecutaban las maniobras propias del trabajo, y ante los gritos de mis compañeros trate de saltar, pero con tan mala fortuna que no pude ponerme a salvo, y la citada pluma me cayó en las piernas y me produjo lesiones que hasta este momento me impiden caminar. El resultado de dicho accidente me ha imposibilitado continuar en el trabajo.

III. No estoy conforme con la calificación que hace el Instituto del accidente que sufre, pues indica que me lo ocasione intencionalmente y que fue de acuerdo con otras personas.

IV. El instituto fundamenta su razonamiento en lo establecido por el artículo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Ley del Seguro Social, apreciación que es falsa, pues de las constancias levantadas el da del accidente se demostró que este fue ocasionado por fuerza mayor, es decir, resultó inevitable.

V. Con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tuve conocimiento de la calificación del accidente, cuando el Instituto me envió la liquidación de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número y crédito o registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dictada por el C. Director del Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DERECHO

1. Es aplicable al presente caso lo establecido en los artículos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Ley del Seguro Social, así como el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Reglamento del Recurso de Inconformidad.

2. Estoy en tiempo para interponer el presente Recurso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pues se me notificó el acuerdo con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para acreditar las afirmaciones, hechos y puntos de derecho aplicables de esta inconformidad, ofrezco de mi intención las siguientes:

PRUEBAS

a. La documental pública. Que consiste en el acta de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, levantada en el lugar del accidente con el número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, suscrita y notificada por el C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuya copia me permito acompañar a la presente, la cual solicito sea compulsada con el original que tiene el Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de este Instituto.

b. La inspección. Que deber versar sobre el posible accidente y en el lugar de los hechos, a fin de demostrar que fue inevitable, inspección que ha de efectuarse en el local de la negociación denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y desde ese momento solicito se séale da y hora para llevar a cabo dicha inspección, atento a lo establecido por el artículo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Reglamento del Recurso de Inconformidad, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Ley del Seguro Social.

c. La pericial. A cargo del C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien tiene el título de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, debidamente registrado en la Dirección General de Profesiones, con la cédula número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y el Registro Federal de Causantes número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuyo peritaje versar sobre si fue posible que la pluma la movieran terceras personas con el fin de provocar de forma intencional el accidente que sufre con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, A ESTE H. CONSEJO CONSULTIVO DELEGACIONAL, atentamente pido se sirva:

PRIMERO. Tenerme por presentado en tiempo y forma con este escrito y por promovido el recurso que se indica, en contra de la calificación del accidente del trabajo que hizo la autoridad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el cual sufre con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

SEGUNDO. Tener por ofrecidas las pruebas que se señalan, aceptarlas y señalardía y hora para el desahogo y la aceptación del perito nombrado, el C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

TERCERO. En su oportunidad, modificar la calificación del accidente, hecha por la autoridad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y como consecuencia de lo anterior, ordenar que una vez efectuada dicha ratificación se me conceda el pago conforme al accidente que sufre, causado por fuerza mayor.

PROTESTO LO NECESARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA