



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
MEDICINA LABORAL
AUTORIZACION DE RIESGOS POR SALUD LABORAL**

Folio: _____

Por medio de la presente hago constar:

Que soy consciente y he recibido información sobre Seguridad y Salud que incluye los Riesgos y Medidas Preventivas Básicas del Trabajo en Hospitales y las obligaciones de los trabajadores contenidas en la Ley Federal del Trabajo y reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Entendiendo y aceptando los riesgos que por mi actividad laboral se presentan.

Nombre y Firma

Número y Puesto de Empleado

Fecha

Jefe de servicio

DR. LUIS JAVIER BATRESS HERNANDEZ
Encargado de seguridad e higiene laboral

Recursos humanos