

# FORMATO DE RECURSO DE REVISIÓN

## RECEPCIÓN

Fecha (dd/mm/aaaa): 31/05/2016

Hora (hh:mm:ss): 8:51 PM

## DATOS DEL SOLICITANTE

### PERSONA FÍSICA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

### PERSONA MORAL

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

NOMBRE DEL

REPRESENTANTE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

## DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACIÓN

### SUJETO OBLIGADO QUE LO EMITIÓ

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

### ACTO IMPUGNADO

respuesta emitida el 24 de mayo del presente la cual se anexa

### LUGAR Y FECHA DE LA EMISIÓN DEL ACTO

Electrónica

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd /mm /aaaa)

24-05-2016

NÚMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

00110/ISSEMYM/IP/2016

### RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

no se manifiesta de forma clara y precisa el porque no se me puede seguir brindando el servicio medico toda vez que existe un riesgo de trabajo determinado como si de trabajo y no se me a dado de alta para poder determinar la conclusion del riesgo de trabajo.. asimismo manifiesta que lo debo de d seguir x la via administrativa no diciendo como y ante que autoridad y que legislacion em materia de salud en el estado de mexico, así lo establece

### DOCUMENTOS ANEXOS

Poder

☐

Copia de constancia de notificación

☐

Copia de la resolución

☒

Otros (Especificar)

☐

Folio del recurso de revisión: 01663/INFOEM/IP/RR/2016

Clave de entrega del recurso de revisión: 001102016014205156005205