

**Departamento de Negocios e Industria/División de Relaciones Industriales**  
**Sección de Capacitación y Seguridad en Minas**  
**1886 College Parkway, Ste 120, Carson City NV 89706**  
**Teléfono (775) 684-7085**  
**Correo electrónico: [mines@dir.nv.gov](mailto:mines@dir.nv.gov) Página web: <http://dir.nv.gov/MSATS/Home/>**

**Formulario de queja por riesgo de salud o de seguridad**

Nombre de la empresa o mina		Fecha	
Dirección			
Teléfono de la empresa			
Dirección postal			
Encargado de Administración		Teléfono	
Tipo de mina		<input type="checkbox"/> A cielo abierto <input type="checkbox"/> Subterránea	
<b>DESCRIPCIÓN/UBICACIÓN DEL PELIGRO:</b> Describa brevemente los peligros que considera que existen y en qué fecha los observó por última vez. Incluya el número aproximado de empleados expuestos a cada peligro o en riesgo por cada uno de ellos. Especifique el edificio o el lugar de trabajo concretos donde existe la presunta infracción.			
Se ha informado de esta condición a:		<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otra agencia gubernamental (especificar): _____	
<i>La ley sobre minas concede a los empleados y a sus representantes el derecho a solicitar que sus nombres no se revelen al empleador. Al proporcionar su nombre y dirección, el personal de la Sección de Capacitación y Seguridad en Minas (MSATS) solo podrá comunicarse con usted en relación con su queja.</i>		<input type="checkbox"/> NO revelar mi nombre al empleador <input type="checkbox"/> Se puede revelar mi nombre al empleador	
Indique su preferencia:			
Quien suscribe considera que existe una violación de una norma de salud o de seguridad minera, que constituye un riesgo para la seguridad o la salud laboral en la instalación minera que se indica en este formulario. (Marque una "X" en UNA casilla).		<input type="checkbox"/> Empleado anterior <input type="checkbox"/> Empleado actual <input type="checkbox"/> Representante de los empleados <input type="checkbox"/> Comité Federal de Salud y Seguridad <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	
Nombre del denunciante		Teléfono	
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			
Dirección de correo electrónico			
Firma		Fecha	
Si usted es un representante autorizado de los empleados afectados por esta queja, indique el nombre de la organización que representa y su cargo:			
Nombre de la organización:		Cargo:	

*Puede devolvernos este formulario a la dirección postal o de correo electrónico indicadas en la parte superior del formulario.*