

SOLICITUD PARA REALIZACION DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO DEL PERSONAL DE JUSTICIA.

Datos Personales:

D.N.I.	1º Apellido	2º Apellido	Nombre
Domicilio	Localidad	Provincia	Tfno. Contacto

Datos Profesionales:

Cuerpo	Destino Actual y Permanencia	Localidad/ Provincia

De conformidad con el artículo 22 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

SOLICITA participar en el **RECONOCIMIENTO MÉDICO**, convocado por la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía en Cádiz.

(La solicitud será enviada por el correo electrónico abajo indicado y poner en el asunto RECONOMIENTO MÉDICO).

_____, a _____ de _____ de 2.0____.

Fdo.: _____

ILMO. SR. DELEGADO DEL GOBIERNO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA EN CÁDIZ

