



JUNTA DE ANDALUCÍA

MODELO PARA EL/LA CONSENTIMIENTO /RENUNCIA A LA REALIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

CONSEJERIA DE

AGENCIA

1 DATOS DE LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA

APELLIDOS Y NOMBRE:		DNI.:	FECHA NACIMIENTO:
PUESTO DE TRABAJO:	SERVICIO:	CENTRO DE TRABAJO:	
TLF. TRABAJO:	TLF. PERSONAL	FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO	

2 RECONOCIMIENTO OFRECIDO (A rellenar por la unidad de personal)

- INICIAL TRAS INICIO DE TAREAS CON NUEVOS RIESGOS
 PERIÓDICO POR REINCORPORACIÓN AL TRABAJO TRAS AUSENCIA PROLONGADA POR MOTIVOS DE SALUD

En cumplimiento del artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se le comunica que se va a proceder a la realización del reconocimiento médico de vigilancia de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo que desarrolla. Esta vigilancia tiene carácter voluntario, salvo los casos de obligatoriedad recogidos en el artículo referido anteriormente, por lo que solicitamos nos comunique su decisión mediante la devolución de este documento debidamente cumplimentado.

3 CONSENTIMIENTO/RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO (Marcar lo que proceda)

La persona empleada pública cuyos datos se indican en este documento DECLARA:

- Acepta someterse al correspondiente reconocimiento médico de vigilancia de la salud.
 No acepta someterse al correspondiente reconocimiento médico de vigilancia de la salud.

4 Rellenar solo en caso de aceptación

Número NUHSA (Tarjeta Sanitaria Individual de la J.A.):	País y Comunidad Autónoma de Nacimiento:
Domicilio (Completo con C.P. Localidad y Provincia):	

5 LUGAR FECHA Y FIRMA

En ade.....de

Fdo.