



Junta de Andalucía

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

CONSEJERÍA DE .....

CENTRO DE TRABAJO .....

SERVICIO .....

<b>1 DATOS DE LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA</b>			
APELLIDOS Y NOMBRE:		DNI.:	FECHA NACIMIENTO:
CÓDIGO SIRHUS DEL PUESTO DE TRABAJO:	DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO:	CORREO ELECTRÓNICO:	
TELÉFONO PERSONAL:	FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/>		

<b>2 RECONOCIMIENTO OFRECIDO (A rellenar por la unidad de personal)</b>	
<input type="checkbox"/> INICIAL	TRAS INICIO DE TAREAS CON NUEVOS RIESGOS
<input type="checkbox"/> 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 comuniquen su decisión mediante la devolución de este documento debidamente cumplimentado.

<b>3 CONSENTIMIENTO/RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO (Marcar lo que proceda)</b>	
La persona empleada pública cuyos datos se indican en este documento DECLARA:	
<input type="checkbox"/>	Acepta someterse al correspondiente reconocimiento médico de vigilancia de la salud.
<input type="checkbox"/>	No acepta someterse al correspondiente reconocimiento médico de vigilancia de la salud.

<b>4 Rellenar solo en caso de aceptación</b>
País y Comunidad Autónoma de Nacimiento:
Domicilio (Completo con C.P. Localidad y Provincia):

<b>5 LUGAR FECHA Y FIRMA</b>
En ..... a .....de.....de .....
Fdo. ....