



AGENCIA SAS

ANEXO I

P-VS 01

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

<b>1 DATOS DE LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA</b>			
APELLIDOS Y NOMBRE			
DNI / NRP:	EDAD:	PUESTO DE TRABAJO	
UNIDAD / SERVICIO		CENTRO DE SERVICIO:	
TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO PERSONAL (Opcional)	<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> ESTATUTARIO	

<b>2 RECONOCIMIENTO OFRECIDO</b> (A rellenar por la unidad de personal)
<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> TRAS INICIO DE TAREAS CON NUEVOS RIESGOS <input type="checkbox"/> 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.

<b>3 CONSENTIMIENTO / RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO</b> (Marcar lo que proceda)
La persona empleada pública cuyos datos se indican en este documento <b>DECLARA:</b> <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 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
En ..... a ..... de ..... de .....          Fdo.: .....