JUNTA DE ANDALUCIA AGENCIA SAS	ANEXO II	P-VS 01
		Rev. 1.0

COMUNICACIÓN SOLICITUD DE CITA RECONOCIMIENTO MÉDICO

Adjunto remito la relación de personas empleadas públicas que han solicitado el reconocimiento médico de vigilancia de la salud, a los efectos de que comuniquen la fecha y hora para la realización de dichos reconocimientos o la programación que corresponda.

1	**RECONOCIMIENTO MÉDICO** (Marcar las opciones correspondientes)
☐ VOLUNTARIO ☐ PRECEPTIVO	☐ INICIAL ☐ PERIÓDICO ☐ TRAS INICIO DE TAREAS CON NUEVOS RIESGOS ☐ REINCORPORACIÓN TRAS AUSENCIA PROLONGADA ☐ OTROS (especificar):……

2 RELACIÓN DE PERSONAS PARA LAS QUE SE SOLICITA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO

DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	PUESTO TRABAJO	CENTRO, SERVICIO	FECHA ÚLTIMO RECONOCIMIENTO	OBSERVACIONES

3 LUGAR, FECHA Y FIRMA

En …….…….. a …….. de …….. de ……..

Fdo.: …….....

Cargo o Puesto:……

Al Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de_____