



AGENCIA SAS

ANEXO III

P-VS 01

Rev. 1.0

CITA PARA EFECTUAR RECONOCIMIENTO MÉDICO POR EL ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD

1 DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE Y APELLIDO:	
DNI / NRP:	PUESTO DE TRABAJO:

Por la presente le informo que conforme al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales deberá personarse para reconocimiento médico laboral

- INICIAL.
- PERIÓDICO
- TRAS INICIO DE TAREAS CON NUEVOS RIESGOS
- REINCORPORACIÓN TRAS AUSENCIA PROLONGADA
- OTROS:

en el Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de la provincia deen (indicar dirección)..... el día (indicar fecha y hora).....

2 LUGAR, FECHA DE ENTREGA Y FIRMA	
Recibí En a de de EL TRABAJADOR Fdo.:	En a de de Fdo.: Cargo o puesto:.....