

| INFORME DE ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| Fecha | | Nombre | |
| NIF | | Apellidos | |
| C.N.P. | | Categoría | |
| Centro | | | |
| Servicio | | | |
| Puesto de trabajo | | | |
| Vinculación laboral | | Fecha nacimiento | |
| Categoría de adaptación propuesta: | | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Adaptación del puesto de trabajo sin cambio de funciones o tareas <input type="checkbox"/>- Adaptación del puesto de trabajo con cambios de funciones o tareas <input type="checkbox"/>- Propuesta de Cambio de lugar de puesto de trabajo <input type="checkbox"/> | | | |
| Descripción de la adaptación o el cambio de lugar del puesto : (indicando las medidas que deben adoptarse para la protección de la seguridad y salud del trabajador , y si las restricciones laborales indicadas impedirían o no la realización de las tareas principales de su profesión, indicando si el cambio del lugar del puesto es realmente viable en el momento de realización del informe) | | | |
| <p>Las personas abajo firmantes consideran que las medidas o acciones propuestas, se adecuan a la propuesta de restricciones de vigilancia de la salud y no presuponen otros riesgos para la salud del trabajador, garantizando la protección eficaz del trabajador especialmente sensible.</p> <p>Fecha: / /</p> <p>Firmado: Debe figurar nombre y apellidos y cargo/puesto en el Centro</p> <p>.....</p> | | | |
| Por la UPRL | Por el Equipo de Vigilancia de la Salud | El mando intermedio del Trabajador/ra | |