

## INFORME ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

## 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:**

- Adaptación del puesto de trabajo sin cambio de funciones o tareas
- Adaptación del puesto de trabajo con cambios de funciones o tareas
- Propuesta de Cambio de lugar de puesto de trabajo

**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)

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.

Fecha: ..... / ..... / .....

Firmado: Debe figurar nombre y apellidos y cargo/puesto en el Centro

..... ..... .....

Por la UPRL

Por el Equipo de Vigilancia de la Salud

El mando intermedio del Trabajador/ra