



De: DIRECCIÓN GERENCIA _____
A: PROFESIONAL, UPRL, EQUIPO DE VS, MANDO DIRECTO y DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR /A.

N/Ref.: S/Ref.: Ref. Gral.

ASUNTO: ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO O CAMBIO DEL LUGAR DEL PUESTO DE TRABAJO

Visto el Informe de Adaptación y/o Cambio de Lugar del Puesto de Trabajo (Doc. 15.03), recibido con fecha _____, de D./D^a _____ con DNI: _____, conocida la Propuesta de Restricciones (Doc 15.02), valoradas las propuestas de la Comisión de trabajo de Adaptación de Puestos si las hubiera, esta Dirección Gerencia COMUNICA AL TRABAJADOR que procede:

- * La adaptación del puesto de trabajo sin cambio de funciones o tareas
- * La adaptación del puesto de trabajo con cambios de funciones o tareas
- * El cambio de lugar de puesto de trabajo.
- * Solicitud a la UMVI de informe de capacitación laboral.

En base a lo anterior, el puesto de trabajo del interesado/a es el que se indica:

CENTRO:**HORARIO:****UGC/SERVICIO:****PERIODO DE ADAPTACIÓN:****PUESTO:****ADAPTACIÓN REALIZADA (Indicar funciones o tareas modificadas si procede):**

Se informa al profesional que dispone de un plazo de 10 días hábiles desde la recepción de esta Comunicación para efectuar las alegaciones que entienda oportunas, transcurrido este plazo esta Comunicación adquirirá carácter definitivo.

El trabajador/a interesado/a debe asistir a las revisiones que el área de Vigilancia de la Salud estime oportunas, y que le serán comunicadas fehacientemente y con la debida antelación, con objeto de poder realizar un adecuado seguimiento de su Aptitud y poder mantener la situación derivada de la aplicación de este procedimiento. Su situación será revisada en periodos máximos de un año a contar desde la fecha de esta COMUNICACIÓN.

Una vez adaptado el puesto de trabajo, cualquier modificación o cambio del mismo que deba realizarse por razones organizativas de la UGC, Servicio, o Centro, aunque sea con carácter temporal mínimo, deberá ser comunicado a esta Gerencia para su autorización. En dicho puesto deberán respetarse igualmente las restricciones indicadas por el área de Vigilancia de la Salud.

Sirva esta Comunicación para informar al trabajador/a y las partes implicadas del resultado del Procedimiento, y para que se ejecuten las medidas preventivo-correctoras indicadas, debiendo la Dirección de la que depende el trabajador/a comunicar a esta Dirección Gerencia su realización efectiva. Asimismo, una copia de esta Comunicación se archivará en la historia Clínico Laboral del/la trabajador/a.

Fecha: _____

LA DIRECCIÓN GERENCIA

Firma y Sello. _____