

D/D^a
con DNI y núm. de inscripción en la Seguridad Social
trabajador/a de la empresa
sita en:

DIRECCIÓN:

MUNICIPIO Y PROVINCIA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

habiendo sido informado del derecho a la vigilancia de la salud en cuanto a los aspectos relacionados con los riesgos derivados de la actividad laboral que realizo en el centro de trabajo de dicha Empresa, y de la necesidad de someterme a un reconocimiento médico para poder conocer las posibles repercusiones del trabajo en mi salud, así como determinar las medidas de protección necesarias para evitar o minimizar éstas,

(márquese lo que proceda):

ACEPTO

NO ACEPTO

la realización del mismo con las garantías del derecho a la intimidad y salvaguarda de los datos por mí facilitados al personal sanitario a los efectos objeto de esta autorización.

FECHA Y FIRMA

Bargas, a

de

de 20

FIRMA