

	PROCEDIMIENTOS GENERALES DE PREVENCIÓN PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO		
	Instrucción operativa		Pag. 1 de 1
REGISTRO: MODELO DE SOLICITUD RECONOCIMIENTOS MEDICOS VOLUNTARIOS			

DATOS PERSONALES	
NOMBRE, APELLIDOS Y DNI	
TELÉFONO DE CONTACTO	
DATOS PROFESIONALES	
SERVICIO	
CENTRO DE TRABAJO AL QUE ESTA ADSCRITO	
PUESTO DE TRABAJO	
INDICAR SI ES FUNCIONARIO O PERSONAL LABORAL	
INDICAR QUE TIPO DE MÁQUINAS, HERRAMIENTAS O VEHÍCULOS UTILIZA EN SU TRABAJO	
BREVE DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS	
ANTECEDENTES PERSONALES	
INDICAR SI SE ENCUENTRA EN SERVICIOS ADAPTADOS, SEGUNDA ACTIVIDAD O SE LE HA ADAPTADO EL PUESTO	
INDICAR SI TIENE CONCEDIDA ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O TOTAL POR EL INSS	
INDICAR SI TIENE RECONOCIDA ALGUNA DISCAPACIDAD POR EL CENTRO BASE.	
SOLICITUD	
El abajo firmante solicita voluntariamente el Reconocimiento Médico y firma el presente en Sevilla a de de 2021.	
Fdo.:	

Enviar a correo electrónico mlgarzon@sevilla.org o mjarranza@sevilla.org completamente cumplimentada.
 Teléfono de contacto: D^a M^a Luisa Garzón: 955 473 718.