


| | | | |
|--|---|---------------------------|-------------|
|  | PROCEDIMIENTOS GENERALES DE PREVENCIÓN PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO | | |
| | Instrucción operativa | Fecha elab.: 10 oct. 2013 | 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 2022. | |
| Fdo.: | |

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