

Solicitud de reconocimiento médico

La normativa de prevención de riesgos laborales, concretamente la ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales, en su artículo 22 reconoce el deber del empresario de garantizar a los trabajadores el servicio de vigilancia periódica de la salud en función del riesgo inherente al trabajo.

En este sentido, esta vigilancia sólo podrá realizarse cuando el trabajador preste su consentimiento. Es por ello que solicitamos su autorización para llevarla a cabo a través de este consentimiento. En caso de que no desee someterse a este reconocimiento médico, le rogamos que lo manifieste por escrito al pie de este documento.

Le recordamos que, tal y como exige la Ley de Prevención de Riesgos y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le recordamos que toda la información relacionada con su estado de salud será tratada de forma confidencial. El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, y en ningún caso se facilitará al empresario o a otras personas sin el consentimiento del trabajador.

El empleador sólo será informado de las conclusiones obtenidas de los reconocimientos médicos en relación con la aptitud (APTO / NO APTO) del trabajador para el desempeño de su puesto de trabajo o con la necesidad de realizar modificaciones al respecto en materia de prevención para la adecuación del puesto de trabajo.

Nombre y Apellidos

DNI / NIE / Pasaporte

Puesto

Como trabajador manifiesto voluntariamente que:

SÍ, acepto la realización del reconocimiento médico específico

No acepto la realización del reconocimiento médico específico

Y para que conste a efectos legales, firmo el presente documento.

Firma del trabajador
