

ANEXO II
MODELO PARA LA CITACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO PERIÓDICO AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDAD, CULTURA Y DEPORTE

COD DEP	DEPARTAMENTO	COD ORG	ORGANISMO AUTÓNOMO	
18	Educación, Universidad, Cultura y Deporte			
CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO		LOCALIDAD Y PROVINCIA
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
				D.N.I.
CATEGORÍA PROFESIONAL O CUERPO, ESCALA Y CLASE DE ESPECIALIDAD		PUESTO DE TRABAJO		TFNO. TRABAJO
				MAIL TRABAJO
FUNCIONARIO		LABORAL	ESTATUTARIO	
MANIFIESTA TENER RECONOCIDA MINUSVALÍA/DISCAPACIDAD (2) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		MANIFIESTA TENER RECONOCIDA (2) INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
MANIFIESTA SU CONSENTIMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		MANIFIESTA SU RENUNCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA: FIRMA:
Forma de envío del resultado del reconocimiento (Tachar la que proceda)		Mail <input type="checkbox"/>		
		Dirección <input type="checkbox"/>		

CITACIÓN (1)

ORGANO DE LA ADMINISTRACIÓN QUE REALIZA LA CITACIÓN		TIPOS DE RECONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS U OBLIGATORIOS(3)			
Equipo Sanitario Prevención de Riesgos Laborales		<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> P.V.D. <input type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/> Posturas forzadas <input type="checkbox"/> Biológicos educación <input type="checkbox"/> Biológico zoonosis <input type="checkbox"/> Biológicos sanitarios <input type="checkbox"/> Manipulador de alimentos <input type="checkbox"/> Dermatosis <input type="checkbox"/> Asma laboral <input type="checkbox"/> Productos químicos <input type="checkbox"/> Plaguicidas <input type="checkbox"/> Plomo <input type="checkbox"/> Aldehídos/Disolventes <input type="checkbox"/> Trabajo en alturas <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Ruido <input type="checkbox"/> Turnicidad <input type="checkbox"/> Neuropatías por presión <input type="checkbox"/> Vibraciones <input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Citostáticos <input type="checkbox"/> Óxido de etileno <input type="checkbox"/> T.B.C <input type="checkbox"/> Extinción de Incendios <input type="checkbox"/> Gases anestésicos <input type="checkbox"/> Amianto <input type="checkbox"/> Otros especificar:			
DIRECCIÓN					
C/ San Antonio Abad, Nº 38, C.P.50010					
LOCALIDAD	PROVINCIA				
ZARAGOZA	ZARAGOZA				
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO				
edu.prisalud@aragon.es	976713048				
FECHA DE CITA DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO	HORA DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO	CENTRO MÉDICO:	LOCALIDAD:		
Sello de la Administración:		Sello de la entidad concertada:			

El presente documento garantiza y protege en lo concerniente a la protección de datos personales recogidos en la Ley Orgánica 15/1999, Ley 31/1995 y R.D. 39/1997.

HOJA PARA ENTREGAR AL TRABAJADOR

(1) Debe presentarse en el centro medico correspondiente con estos documentos, junto con el D.N.I.

(2) Se aportaran informes médicos de su discapacidad o/y incapacidad permanente el día del reconocimiento

(3) Consignar el tipo especificado por el Equipo Sanitario de Prevención de Riesgos Laborales

Es aconsejable acudir con cartilla de vacunaciones si se posee

INSTRUCCIONES PARA EL TRABAJADOR

- El trabajador firma la citación y acude al centro medico el día y hora señalada, presentando obligatoriamente la citación y el D.N.I. y la cartilla de vacunación si se posee.
- Debe acudir en ayunas.
- El informe completo de su reconocimiento médico será enviado a través de su correo electrónico o correo postal.

COD	Médico del trabajo Servicio Prevención	Centro / Servicio	Servicio de Personal