

SOLICITUD DE VALORACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO POR MOTIVO DE SALUD

DATOS DE TRABAJADOR

Nombre y Apellidos		D.N.I.
Categoría	Antigüedad en la empresa	
Puesto de trabajo actual	Antigüedad en el puesto actual	
Relación contractual, (fijo, interino o eventual)		
Minusvalía		

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Tareas habituales que desempeña:

--

DECLARACIÓN RESPONSABLE

A cumplimentar por el interesado y si se da alguna de las siguientes circunstancias

¿Realiza una segunda actividad fuera de su jornada laboral que desee declarar?, un segundo empleo, actividad por cuenta propia, voluntariado, deporte,	SI	NO
En caso afirmativo, indique cual y que tareas o actividades habituales realiza:		

MOTIVO POR EL QUE SOLICITA LA VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

--

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJADOR (artículo 22 de la Ley de Prevención de RR.LL.)

Doy mi consentimiento a someterme a los reconocimientos médicos y pruebas que fueran necesarios, para la valoración médica del puesto de trabajo por motivo de salud.	Firma del interesado con nombre

En Albacete a de de 2005

Fdo:
(firma del trabajador)

AL SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE COMO PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD