MODELO DE CONSENTIMIENTO / RENUNCIA DE REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO LABORAL

1	DATOS DE LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA				
APELLIDOS Y NOMBRE (*)					
DNI (*):		EDAD:		PUESTO DE TRABAJO (*):	
PDI ☐ PTGAS ☐ OTRO ☐ (*)		☐FUNCIONARIO/A ☐ LABORAL ☐ INTERINO/A ☐ CONTRATADO/A (*)			
UNIDAD / SERVICIO (*):				CENTRO DE TRABAJO (*):	
TELÉFONO TRABAJO (*):				TELÉFONO PERSONAL:	

2	**RECONOCIMIENTO OFRECIDO** (A rellenar **exclusivamente** por el Servicio de Personal/Servicio de Prevención de Riesgos Laborales)
❑ INICIAL X PERIÓDICO ❑ TRAS INICIO DE TAREAS CON NUEVOS RIESGOS ❑ POR REINCORPORACIÓN AL TRABAJO TRAS AUSENCIA PROLONGADA POR MOTIVOS DE SALUD	

En cumplimiento del artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se le comunica que la Universidad de Córdoba garantiza la realización del reconocimiento médico de vigilancia de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo que desarrolla. Esta vigilancia tiene carácter **voluntario**, salvo los casos de obligatoriedad recogidos en el artículo referido anteriormente, por lo que **solicitamos nos comunique** su decisión mediante la devolución de este documento debidamente cumplimentado.

3	**CONSENTIMIENTO / RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO** (Marcar lo que proceda)
La persona empleada pública cuyos datos se indican en este documento DECLARA: ☐ Acepta someterse al correspondiente reconocimiento médico de vigilancia de la salud. **X** No acepta someterse al correspondiente reconocimiento médico de vigilancia de la salud.	

4	**LUGAR, FECHA Y FIRMA**
En a de de Fdo.:	

(*) Los campos marcados con un asterisco son obligatorios
(**) El presente documento se emite para el cumplimiento por la Universidad de Córdoba de una disposición legal (Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 23.1.d)