

CARTA CON LA NEGATIVA A LA REALIZACION DEL RECONOCIMIENTO MEDICO DE VIGILANCIA DE LA SALUD, SEGÚN LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL SERVICIO DE PREVENCION AJENO DE FRATERNIDAD MUPRESPA; DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL TRABAJO.

De D./ Dña.....,
CON D.N.I. Nº EMPLEADO DE LA EMPRESA
.....
CON C.C.C. Nº 28173944737

Habiendo sido informado/a por mi Empresa de mi derecho a la realización del Reconocimiento Médico para la vigilancia de la salud con arreglo a las disposiciones legales vigentes, (art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

DECLARO QUE NO DESEO REALIZAR LOS RECONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS A QUE TENGO DERECHO COMO RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE MI PUESTO DE TRABAJO Y PARA LOS CUALES HE SIDO CITADO.

Lo que firmo en , a de de 20__.

EL INTERESADO/A

Fdo.: