

ANEXO II

MODELO PARA LA CITACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO INICIAL AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

COD DEP	DEPARTAMENTO	COD ORG	ORGANISMO AUTÓNOMO
18	Educación, Cultura y Deporte		
CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	LOCALIDAD Y PROVINCIA
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
CATEGORÍA PROFESIONAL O CUERPO, ESCALA Y CLASE DE ESPECIALIDAD		PUESTO DE TRABAJO	TFNO. 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"/>	
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)	
DIRECCIÓN		<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"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Asma laboral <input type="checkbox"/> Productos químicos <input type="checkbox"/> Plaguicidas <input type="checkbox"/> Plomo	
LOCALIDAD	PROVINCIA	<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:	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	<input type="checkbox"/> Otros especificar:	
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.