

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
Servicio Provincial de Educación, Cultura y Deporte		Plaza Cervantes, 2 2ª, 1	HUESCA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	D.N.I.
CATEGORÍA PROFESIONAL O CUERPO, ESCALA Y CLASE DE ESPECIALIDAD	PUESTO DE TRABAJO	TFNO. TRABAJO	MAIL TRABAJO
	Docente en prácticas		
FUNCIONARIO	<input checked="" type="checkbox"/> LABORAL	ESTATUTARIO	
MANIFIESTA TENER RECONOCIDA MINUSVALÍA/DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MANIFIESTA TENER RECONOCIDA 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

ORGANO DE LA ADMINISTRACIÓN QUE REALIZA LA CITACIÓN	TIPOS DE PROTOCOLOS		
Dirección General de Personal y Formación del Profesorado	<input checked="" type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> P.V.D.	<input type="checkbox"/> Aldehídos/Disolventes <input type="checkbox"/> Trabajo en alturas <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"/> Gases anestésicos <input type="checkbox"/> Amianto <input type="checkbox"/> <i>Otros especificar:</i>	
DIRECCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos		
Avda Ranillas, 5D, 1ª planta	<input checked="" type="checkbox"/> Posturas forzadas		
LOCALIDAD	PROVINCIA		
ZARAGOZA	ZARAGOZA		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO		
ec.dgpersonal@aragon.es	976714192-976715541		
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 Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y el Real Decreto Ley Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos.

PROCEDIMIENTO DE CITACIÓN

- El trabajador firma la citación y acude al centro medico el día y hora señalada, presentando este documento obligatoriamente, junto con el DNI.
- Debe acudir en ayunas y llevar gafas o lentillas si emplea.
- Es aconsejable aportar la cartilla de vacunación si se posee.
- El informe completo de su reconocimiento médico será enviado a través de su correo electrónico o correo postal.
- Se aportarán informes médicos de su discapacidad y/o incapacidad permanente si la tuviera, el día del reconocimiento.