

**ANEXO II**

MODELO PARA LA CITACIÓN RECONOCIMIENTO MÉDICO DE INICIO / ACCESO DOCENTE

Departamento	Organismo Autónomo	Servicio/Unidad
EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE		
Centro de Trabajo	Dirección del Centro	Localidad y Provincia
		(HUESCA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	D.N.I.
Categoría, Cuerpo y Especialidad	Puesto de Trabajo	Tfno. Trabajo	Tfno. Particular

Funcionario	Laboral	Estatuario
Manifiesta consentimiento	Manifiesta su renuncia	Fecha:
Manifiesta tener reconocida Minusvalía / Discapacidad (3) SI ___ NO ___	Manifiesta tener reconocida Incapacidad Permanente(3) SI ___ NO ___	Firma:

**CITACIÓN(1)**

Órgano de la Administración que realiza la citación			
SERVICIO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE			
Dirección			
Localidad		Provincia	
Email: recodocente@aragon.es		Teléfono	

TIPOS DE RECONOCIMIENTO (2)					
DOCENTE	Extinción de incendios	Manipulación de cargas	Neuropatías por presión	Movimientos Repetitivos EE.SS.	Aldehidos / Disolventes
Posturas forzadas	Dermatitis	Trabajo en alturas	Plaguicidas	Ruido	Mani. de alimentos
PVD	Citostáticos	R. Ionizantes	Oxido etileno	P. Químicos	Gases anestésicos
Turnicidad	TBC	Plomo	Respiratorio	Biol. Sanitarios	Biol. Guarderías
Biológicos Centros de Educación especial					Otros:

Fecha Reconocimiento Médico		Hora Reconocimiento Médico	
Localidad del Centro Médico			
Servicio de Prevención propio		Sello del Servicio de Prevención Ajeno	
(edu.prisalud@aragon.es) Ámbito de Educación, Cultura y Deporte			
(esprl@aragon.es) Ámbito de Administración General			

(1) Debe presentarse en el centro médico correspondiente junto con el D.N.I.

(2) Consignar el tipo especificado por el Equipo Sanitario de Prevención de Riesgos Laborales

(3) Se aportarán informes médicos de su minusvalía y/o incapacidad permanente el día del reconocimiento médico