

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 | | San Vicente de Paúl, 3 | | TERUEL |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE |
| | | | | |
| CATEGORÍA PROFESIONAL O CUERPO, ESCALA Y CLASE DE ESPECIALIDAD | | PUESTO DE TRABAJO | | TFNO. 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"/> | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input checked="" type="checkbox"/> Posturas forzadas <input checked="" type="checkbox"/> Biológicos Educación <input type="checkbox"/> Biológicos Zoonosis <input type="checkbox"/> Biológicos Sanitarios <input type="checkbox"/> Dermatosis <input type="checkbox"/> Asma laboral <input type="checkbox"/> Productos químicos <input type="checkbox"/> Plaguicidas <input type="checkbox"/> Plomo | <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"/> Oxido de etileno <input type="checkbox"/> Gases anestésicos <input type="checkbox"/> Amianto <input type="checkbox"/> Otros especificar: |
| DIRECCIÓN | | | |
| Ada. Ranillas, 5D 1ª planta | | | |
| 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.