

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 type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input checked="" type="checkbox"/> Posturas forzadas <input type="checkbox"/> Biológicos Educación <input type="checkbox"/> Biológicos Zoonosis <input type="checkbox"/> Biológicos Sanitarios <input type="checkbox"/> Dermatitis <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"/> Óxido de etileno <input type="checkbox"/> Gases anestésicos <input type="checkbox"/> Amianto <input type="checkbox"/> <i>Otros especificar:</i>
DIRECCIÓN			
Avda. Ranillas, 5D 1ª planta			
LOCALIDAD	PROVINCIA		
ZARAGOZA	ZARAGOZA		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONOS		
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.