

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

<b>COD DEP</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>COD ORG</b>	<b>ORGANISMO AUTÓNOMO</b>
18	Educación, Cultura y Deporte		
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>		<b>DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>LOCALIDAD Y PROVINCIA</b>
Servicio Provincial de Educación, Cultura y Deporte		Avda. Juan Pablo II, nº 20	ZARAGOZA
<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>D.N.I.</b>
<b>CATEGORÍA PROFESIONAL O CUERPO, ESCALA Y CLASE DE ESPECIALIDAD</b>	<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	<b>TFNO. TRABAJO</b>	<b>MAIL TRABAJO</b>
	Docente en prácticas		
<b>FUNCIONARIO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>LABORAL</b>	<b>ESTATUTARIO</b>	
<b>MANIFIESTA TENER RECONOCIDA MINUSVALÍA/DISCAPACIDAD</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>MANIFIESTA TENER RECONOCIDA INCAPACIDAD PERMANENTE</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>MANIFIESTA SU CONSENTIMIENTO</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>MANIFIESTA SU RENUNCIA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>FECHA:</b> <b>FIRMA:</b>	
Forma de envío del resultado del reconocimiento (Tachar la que proceda)	<b>Mail</b> <input type="checkbox"/>		
	<b>Dirección</b> <input type="checkbox"/>		

**CITACIÓN**

<b>ORGANO DE LA ADMINISTRACIÓN QUE REALIZA LA CITACIÓN</b>	<b>TIPOS DE PROTOCOLOS</b>		
Dirección General de Personal y Formación del Profesorado	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Docente</b> <input type="checkbox"/> P.V.D. <input type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input checked="" type="checkbox"/> <b>Posturas forzadas</b> <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>	
<b>DIRECCIÓN</b>			
Avda. Ranillas, 5D 1ª planta			
<b>LOCALIDAD</b>			<b>PROVINCIA</b>
ZARAGOZA			ZARAGOZA
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			<b>TELÉFONOS</b>
ec.dgpersonal@aragon.es			976714192-976715541
<b>FECHA DE CITA DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO</b>	<b>HORA DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO</b>	<b>CENTRO MÉDICO:</b> <b>LOCALIDAD:</b>	
<b>Sello de la Administración:</b>	<b>Sello de la entidad concertada:</b>		

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.