

ANEXO I

EL TRABAJADOR		
Nombre y apellidos:		
Centro de Trabajo:		Servicio/Unidad:
Categoría:		Puesto de trabajo:
DNI:	Nº tfno. Trabajo:	Personal:

SOLICITA
La valoración de su puesto de trabajo por considerar que las siguientes características de mi puesto actual son incompatibles con mi estado de salud:

DOCUMENTACIÓN APORTADA

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdº.: El trabajador

NOTA: Para garantizar la confidencialidad de los datos los informes médicos deberán ser aportados en sobre cerrado con la leyenda "información médica. Confidencial" junto con la solicitud o entregados al Médico del Trabajo del Servicio de Prevención cuando acuda al reconocimiento.

DIRIGIDA A LA GERENCIA DE _____