

 <p>Complejo Asistencial Universitario de León Complejo Asistencial Universitario de León</p>	<p>SOLICITUD DE VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO POR CAUSA DE SALUD</p>	 <p>Sacyl Gerencia Regional de Salud</p>
--	--	---

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 _____