

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

**Empresa:** MINISTERIO DE JUSTICIA

**Centro de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_

**Puesto (Cuerpo):** \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo que dispone el art. 22 de la Ley de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre) le informamos que la vigilancia de la salud de los trabajadores únicamente podrá realizarse con su consentimiento (salvo excepciones ya reguladas por la misma Ley).

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 03/2018, de 05 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, **AUTORIZO** que los datos de identificación y los datos médicos obtenidos en el reconocimiento Médico sean incluidos en un fichero del que es titular "**SEMUSAD**" y puedan ser utilizados para realizar un informe de valoración derivado del análisis de las revisiones Médicas.

He sido informado y **solicito** realizar:

**Reconocimiento Médico Periódico.**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Tfno. Móvil: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Remitir solicitud a: [ruthgomez@semusad.com](mailto:ruthgomez@semusad.com) / [maitegarcia@semusad.com](mailto:maitegarcia@semusad.com)  
/ [comercial@semusad.com](mailto:comercial@semusad.com)