


EMPRESA:

Empresa * _____		NIF* _____	
Dirección Social* _____			
C.P.: _____	Población*: _____	Tel.* _____	FAX* _____
Web _____	✉ _____	✉ _____	Móvil* _____
Centro de Trabajo _____			
Dirección Social _____			
C.P.: _____	Población: _____	Tel. _____	FAX _____

En cumplimiento del artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) 31/1995, de 8 de noviembre, la empresa referenciada pone a disposición de todos/as sus trabajadores/as los medios suficientes y necesarios para realizar la Vigilancia de la Salud.

La empresa ha concertado con el Servicio de Prevención PREINFA - la realización de los Reconocimientos Médicos de los/as trabajadores/as indicados los días y horarios programados:

El presente documento es válido SOLA HASTA el/los día/s indicado/s a continuación.

Días programados	Horario	Días programados	Horario
1	:	4	:
2	:	5	:
3	:	6	:

Lugar del Reconocimiento Médico:	<input type="checkbox"/> C/ Almogàvares 66 1ªA. 08016 Barcelona.	Telf. 934 369 528. vigilancia@preinfa.com
	<input type="checkbox"/> C/ Pompeu Fabra 19-21. 08860. Castelldefels (Barcelona).	Telf. 934 369 528. vigilancia@preinfa.com
	<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Observaciones _____

Se informa nuevamente que los Reconocimientos Médicos, según indica el artículo 22 de la LPRL, tiene un carácter VOLUNTARIO para los/as trabajadores/as de la Empresa, exceptuando los casos en los cuales la realización de éstos sean imprescindibles para Evaluar los efectos de las Condiciones de Trabajo sobre la Salud de los trabajadores/as y/o para verificar si el Estado de Salud del trabajador/a puede constituir un peligro para él/ella mismo/a, para los demás trabajadores/as y/o para otras personas relacionadas con la Empresa referenciada. También es posible que exista normativa legal vigente que lo exija.

4 horas ANTES del Reconocimiento **SÓLO se permite la BEBER AGUA. NO COMER NADA**

Nombre del/de la Trabajador/a	DNI/NIE	Nombre del/de la Trabajador/a	DNI/NIE
1	:	13	:
2	:	14	:
3	:	15	:
4	:	16	:
5	:	17	:
6	:	18	:
7	:	19	:
8	:	20	:
9	:	21	:
10	:	22	:
11	:	23	:
12	:	24	:

Gracias por su colaboración.

Localidad, _____, _____ de _____ de 20__

 Planificación Solicitada el día: _____. **El presente documento NO es válido como Certificado de Aptitud Provisional NI Definitivo.**

Solicitar a la Empresa el Certificado de Aptitud médica DEFINITIVO de los/as Trabajadores/as referenciados/as.

La ausencia a la cita médica sin justificación previa de 48 horas implicará abonar el coste correspondiente.

Fecha y Firma de la EMPRESA:	Fecha / Firma del TRABAJADOR/a:	Recibido, Sello y Firma:	Recibido, Sello y Firma:
Fecha: / /201	Fecha: / /201	Fecha: / /201	Fecha: / /201