

RENUNCIA VOLUNTARIA A RECONOCIMIENTO MÉDICO

En _____, a ____ de _____ de 201__.

El trabajador/a _____

con D.N.I. _____

con puesto de trabajo _____

de la empresa _____

Declara:

Que una vez informado/a según el Artículo 22. Punto 1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 sobre vigilancia de la salud en el trabajo, de forma voluntaria RENUNCIA al reconocimiento médico individual, puesto a disposición por parte de la empresa, concertada según la planificación en vigilancia de la salud.

Firmando la presente declaración en lugar y fecha arriba indicados: