

EVALUACIÓN DE LA SALUD TRAS BAJA LABORAL PROLONGADA

Nº Registro UPRL_____

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____	Apellidos: _____
D.N.I.: _____	Fecha nacimiento: ____/____/____
S.I.P. _____	Email: _____
Dirección: _____	C.P. _____ Población: _____
_____	Telf.: _____

EXPONE:

Que actualmente ocupa el puesto de trabajo que se describe a continuación:

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:	
Denominación del puesto: _____	
Departamento: _____	Centro de Trabajo: _____
Servicio: _____	
Dirección: _____	C.P. _____
Población: _____	Telf.: _____

Que según se acredita en los informes médicos que adjunta en sobre cerrado, el que suscribe presenta problemas de salud, por lo que:

SOLICITA: (márquese con una cruz lo solicitado)

- Que en base a lo establecido en el art. 25 de la LEY 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, se realice estudio de ADAPTACIÓN/CAMBIO del puesto de trabajo que actualmente ocupa.
- Exención de guardias, por las situaciones recogidas en los artículos 6 y 7 del DECRETO 72/2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano, o en los artículos 1º y 2º de la Orden del 16 de diciembre de 2000 de la Conselleria de Sanitat, que modifica la Orden de 21 de enero de 1999 de la misma.

Elda, a ____ de _____ de 20__

Firmado: _____

Ejemplar U.P.R.L.

Hospital General Universitario de Elda.Ctra.Elda-Sax s/n 03600. Elda. Tel.966975087
Correo electrónico: uprl_helda@gva.es

EVALUACIÓN DE LA SALUD TRAS BAJA LABORAL PROLONGADA

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Apellidos: _____
D.N.I.: _____ Fecha nacimiento: ____/____/____
S.I.P. _____ Email: _____
Dirección: _____ C.P. _____ Población: _____
Tfno: _____

EXPONE:

Que actualmente ocupa el puesto de trabajo que se describe a continuación:

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:

Denominación del puesto: _____
Departamento: _____ Centro de Trabajo: _____
Servicio: _____
Dirección: _____ C.P. _____
Población: _____ Tfno: _____

Que según se acredita en los informes médicos que adjunta en sobre cerrado, el que suscribe presenta problemas de salud, por lo que:

SOLICITA: (márquese con una cruz lo solicitado)

- Que en base a lo establecido en el art. 25 de la LEY 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, se realice estudio de ADAPTACIÓN/CAMBIO del puesto de trabajo que actualmente ocupa.
- Exención de guardias, por las situaciones recogidas en los artículos 6 y 7 del DECRETO 72/2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano, o en los artículos 1º y 2º de la Orden del 16 de diciembre de 2000 de la Conselleria de Sanitat, que modifica la Orden de 21 de enero de 1999 de la misma.

Elda, a ____ de _____ de 20__

Firmado: _____

Ejemplar Interesado

Hospital General Universitario de Elda. Crta. Elda-Sax s/n 03600. Elda. Tel. 966975087
Correo electrónico: uprl_helda@gva.es