



SOLICITUD DEL EXAMEN DE SALUD 2019

DATOS PERSONALES¹:

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F.:		SEXO:	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

DATOS ADMINISTRATIVOS:

CENTRO:	
DIRECCIÓN ACTUAL EN EL TRABAJO: (Calle, número, planta, despacho, código postal y localidad) ²	
TELÉFONO DE CONTACTO Y EXTENSIÓN:	CORREO ELECTRÓNICO:

<input type="checkbox"/>	Expongo mi deseo de realizar el examen de salud en la campaña de Vigilancia de la Salud 2019
<input type="checkbox"/>	No deseo realizar el examen de salud

Melilla, a de de 2019

Fdo.:-----

AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA DIRECCION PROVINCIAL DE MELILLA

¹ Sus datos personales están protegidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y se incorporarán al fichero "Prevención de Riesgos Laborales", pudiendo hacer uso de los derechos recogidos en dicha Ley.

² Es importante que los datos de este formulario sean exactos y completos, ya que serán utilizados para las comunicaciones con usted. En relación al correo electrónico, facilite la dirección que habitualmente utilice.