

A. DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA	
NOMBRE Y APELLIDOS	SIP
DNI	DOMICILIO
POBLACIÓN / PROVINCIA	CP
TELÉFONO	E-MAIL

El examen de salud se realizara de acuerdo con las condiciones que se recogen en el *art. 22 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales*:

- Optando por la realización de aquellas pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo de cada puesto de trabajo: biológico, manipulación de pacientes, posturas forzadas, pantalla de visualización de datos.
- Respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad del trabajador.
- Confidencialidad de toda la información relacionada con su salud.
- Comunicación de los resultados al trabajador.

**DECLARO** que he leído y comprendido la información que consta en este documento, relativa a la vigilancia de la salud regulada en los artículos 196 y 194 de la Ley General de la Seguridad Social, en el artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales y en el artículo 37.3.b.1 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, así como en el resto de normativa de aplicación.

Declaro que he sido informado/a del contenido de la vigilancia de la salud que se me ofrece realizar, por lo que:

- NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD**
- SI DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD**

Fecha y firma.

---