

**MODELO DEL CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA
TRABAJADORA PARA SOMETERSE A LOS EXÁMENES DE
VIGILANCIA DE LA SALUD**

08/08/25

de de 20.....

D/Dña *Amelia Oubinía Campos*
con núm. de DNI/NIE *43.014.047.E*

habiéndose sido informado/a del derecho a la vigilancia de la salud en cuanto a los aspectos relacionados con los riesgos derivados de la actividad laboral y de la necesidad de someterme a un reconocimiento médico para poder conocer las posibles repercusiones del trabajo en mi salud, así como determinar las medidas de protección necesarias para evitar o minimizar éstas,

ACEPTO

NO ACEPTO

(marcar la opción seleccionada)

la realización del mismo con las garantías del derecho a la intimidad y salvaguarda de los datos por mí facilitados al personal sanitario a los efectos objeto de esta autorización.


Fdo: *Amelia*
Persona trabajadora