La Ley de Prevención de Riesgos Laborales vigente establece que la vigilancia de la salud se efectuará a los trabajadores en función del puesto de trabajo que ocupen.

 Si desea inscribirse para que le sea practicado el correspondiente reconocimiento médico-laboral rellene los datos siguientes y remita este escrito, debidamente cumplimentado al correo electrónico bm.pina@um.es y/o vigsalud@um.es o por correo interno a la Sección de Salud Laboral del Servicio de Prevención, Edificio “C”, Campus de Espinardo.

 Para cualquier aclaración, consulta o duda puede dirigirse al citado centro o llamar a las extensiones 7213 ó 7226.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DNI**:** |  |  | FECHA NACIMIENTO: |  |
| NOMBRE**:** |  |
| APELLIDOS**:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PTGAS |  |  | PDI |  |

ADSCRITO A:

|  |  |
| --- | --- |
|  | *RÉGIMEN GENERAL* |
|  | *MUFACE* |
|  | *OTROS* |

|  |  |
| --- | --- |
| Puesto de Trabajo: |  |
| Centro de Trabajo: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Campus de Espinardo |  | Campus de la Merced |  | Otros Campus (\*) a indicar |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ¿Desea Revisión periódica?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SI |  |  | NO |  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES:** |

En Murcia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

 Firmado: