

OD DEP	DEPARTAMENTO	COD ORG	ORGANISMO AUTÓNOMO	
18	EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE		D.G.A	
CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO		LOCALIDAD Y PROVINCIA
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
CATEGORÍA PROFESIONAL O CUERPO, ESCALA Y CLASE DE ESPECIALIDAD		PUESTO DE TRABAJO		TFNO. TRABAJO
FUNCIONARIO		LABORAL		ESTATUTARIO
MANIFIESTA SU CONSENTIMIENTO		MANIFIESTA SU RENUNCIA		FECHA:
MANIFIESTA TENER RECONOCIDA DISCAPACIDAD		MANIFIESTA TENER RECONOCIDA INCAPACIDAD PERMANENTE		FIRMA:
Forma de envío del resultado del reconocimiento (Marcar la que proceda)		Mail		
		Dirección		

#### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

El responsable del tratamiento es la Dirección General de las Función Pública. La finalidad del tratamiento es la Gestión de los reconocimientos médicos y tratamiento de los datos a efectos de acceso al empleo público y Vigilancia de la Salud del personal de la Administración Autonómica. de la Comunidad Autónoma de Aragón. La licitud del tratamiento se basa en el cumplimiento de una obligación legal. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, ante la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios de la Comunidad Autónoma de Aragón, sita en Paseo Maria Agustín 36, 50004, Zaragoza, obteniendo información en el correo electrónico [protecciondatos.prl@aragon.es](mailto:protecciondatos.prl@aragon.es). Podrá consultar información adicional y detallada en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón ([http://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub](http://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub)) identificando la siguiente actividad de tratamiento: "GESTIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS"

CÓD ORG/ÓRGANO DE LA ADMINISTRACIÓN QUE REALIZA LA CITACIÓN		TIPOS DE PROTOCOLOS MÉDICOS ESPECÍFICOS	
DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL		<input checked="" type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas	<input type="checkbox"/> Extinción de Incendios
DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos de EE.SS.	<input type="checkbox"/> Trabajo en alturas
AVDA. RANILLAS, 5D 1ª PLANTA		<input checked="" type="checkbox"/> Posturas Forzadas	<input type="checkbox"/> Dermatitis
LOCALIDAD		<input type="checkbox"/> Neuropatías por presión	<input type="checkbox"/> Plaguicidas
PROVINCIA		<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Aldehidos/ Disolventes
ZARAGOZA		<input type="checkbox"/> PVD	<input type="checkbox"/> TBC
CORREO ELECTRÓNICO		<input checked="" type="checkbox"/> Biológicos sanitarios	<input type="checkbox"/> Respiratorio
TELÉFONO		<input type="checkbox"/> Biológico zoonosis	<input type="checkbox"/> Conductores
recos.eduprl@aragon.es		<input type="checkbox"/> R. ionizantes	<input type="checkbox"/> Asma laboral
recmedpasedu@aragon.es		<input type="checkbox"/> P. Químicos	<input type="checkbox"/> Alveolitis alérgica
976714108		<input type="checkbox"/> Turnicidad	<input type="checkbox"/> Biológicos Educación
		<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Docente
		<input type="checkbox"/> Oxido de etileno	<input type="checkbox"/> Plomo
		<input type="checkbox"/> Manipulación de alimentos	<input type="checkbox"/> Amianto
		<input type="checkbox"/> Gases Anestésicos	<input type="checkbox"/> Citostáticos
			<input type="checkbox"/> Otros:
FECHA DE CITA PARA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO		HORA PARA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO	CENTRO MÉDICO
			MAS PREVENCIÓN
Sello de entidad concertada:			

## (1) INSTRUCCIONES PARA LA PRÁCTICA DEL RECONOCIMIENTO

- Cada trabajador deberá entregar el impreso debidamente cumplimentado con sus datos personales y los relativos al centro de destino, así como el centro, día y hora de reconocimiento, en el que vendrán consignados los protocolos médicos específicos fijados por el Equipo Sanitario de Prevención de Riesgos Laborales.
- El trabajador debe firmarlo y acudir al centro que realiza el reconocimiento médico el día y hora señalada, presentando obligatoriamente esta citación, el D.N.I. y la cartilla de vacunación si se posee.
- Debe acudir en ayunas y traer gafas o lentillas si emplea.
- El trabajador aportará, en el momento del reconocimiento, informes médicos de su discapacidad legal reconocida o situación de Incapacidad Permanente el día del reconocimiento si marca la casilla correspondiente, así como cualquier otro informe médico de interés, si fuere el caso.
- **El informe completo de su reconocimiento médico será enviado cifrado a través de su correo electrónico (preferiblemente) o correo postal.**