

CONSENTIMIENTO DEL TRABAJADOR PARA SOMETERSE A EXAMEN MÉDICO

EMPRESA:

CENTRO DE TRABAJO:

La Vigilancia de la Salud es un derecho que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales reconoce a todos los trabajadores para proteger su salud frente a los riesgos que conlleva el trabajo. Esta se lleva a cabo mediante **exámenes médicos específicos**, en función de los riesgos a los que los trabajadores se encuentran expuestos durante el desarrollo de su actividad.

Las pruebas médicas son realizadas **por personal sanitario** debidamente formado y capacitado, respetando en todo momento la **dignidad e intimidad** de las personas, siendo la Información obtenida completamente **CONFIDENCIAL**. Conforme al artículo 7.3 de la LOPD, los datos personales en relación con la salud solo serán conocidos por el trabajador y el personal sanitario, y cualquier comunicación a terceras personas sólo podrá hacerse conforme establezca la legislación vigente y, en su caso, sea autorizado por el trabajador.

De acuerdo al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), la vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos existentes en su lugar de trabajo **solo** podrá llevarse a cabo con su consentimiento, salvo ciertas excepciones debidamente reguladas por la citada ley.

En cumplimiento de lo dispuesto en los arts. 5 y 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos personales, SERVYPRO MEDICINA informa de lo siguiente:

1. Los datos que solicita el Área de Vigilancia de la Salud, tanto en los cuestionarios como durante el examen médico, pasarán a formar parte de los ficheros automatizados de datos de dicho departamento.
2. La finalidad de la recogida de estos datos es únicamente la de contar con un historial médico que permita efectuar las funciones inherentes a la vigilancia de la salud.
3. Una vez incluidos sus datos en el fichero, Ud. Tendrá la facultad de ejercitar los derechos de acceso a los mismos, así como los de rectificación y cancelación de aquellos, por escrito en la sede de la entidad sita en la C/ Luis Taboada, 15 - bajo - 36201 - Vigo - Pontevedra.
4. El fichero donde se ubicarán los datos reúne las medidas técnicas y organizativas para garantizar la seguridad, integridad y confidencialidad de los mismos.

Con el objeto de poder realizar los mencionados reconocimientos médicos, le rogamos que entregue esta notificación de aceptación o no de dichas condiciones, (cumplimentando sus datos) antes del inicio del reconocimiento médico en este Servicio de Medicina del Trabajo para su custodia y archivo.

Me doy por enterado y doy mi consentimiento a todo lo anteriormente expuesto:

Nombre:

Apellidos:

N.I.F./N.I.E.:

Puesto de trabajo:

Fecha:

SI doy mi consentimiento:

NO doy mi consentimiento:

Firma:

Firma: