



SOLICITUD DE VALORACIÓN CLÍNICA PARA EL PUESTO DE TRABAJO: Art. 25 de la Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Art. 59 C Colectivo del Personal Laboral de la C.M., Art. 37 Acuerdo de Funcionarios

A CUMPLIMENTAR POR EL TRABAJADOR:

Apellidos				Nombre	
DNI-NIF		Letra	Nº Afiliación S. Social		
Domicilio					
C.Postal		Localidad		Provincia	
F. Nacimiento	Sexo	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
F. Ingreso	Categoría			Turno Trabajo	
Motivo de la Solicitud de Adaptación (No incluir ninguna información de carácter médico-sanitario)					
<p>Madrid, a.....de..... de.....</p> <p>(Firma del Trabajador)</p>					
<p>De conformidad con la normativa general de protección de datos de carácter personal, y con los artículos 22.4 de la Ley 31/1995 y 16 y siguientes de la Ley 41/2002, el trabajador autoriza a los técnicos competentes del Servicio de Prevención al acceso y manejo de sus datos de carácter personal, en el ejercicio de sus funciones de prevención y protección de la salud, garantizándose a su vez por el Servicio de Prevención la confidencialidad de la información recibida.</p>					

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA:

Nombre o Razón Social de la Empresa			Nº Inscript. S. Social		
Domicilio					
C.Postal	Localidad		Provincia		
Centro de Trabajo					
Domicilio					
C.Postal	Localidad		Provincia		
Puesto de Trabajo que desempeña el Trabajador					
Descripción de las características de las tareas a realizar en el puesto de trabajo: (deberá detallarse lo más concretamente posible las características sociales, ambientales, tecnológicas y económicas del puesto de trabajo).					
<p>Madrid, a de de 20</p> <p>(Firma y Sello de la Empresa)</p>					



SOLICITUD DE VALORACIÓN CLÍNICA PARA EL PUESTO DE TRABAJO: Art. 25 de la Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Art. 59 C Colectivo del Personal Laboral de la C.M., Art. 37 Acuerdo de Funcionarios

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA:

Informe sobre los períodos de I.T. del Trabajador en los últimos cinco años:

DIAGNÓSTICO

F. BAJA

F. ALTA

CONTINGENCIA

INFORME DE LOS REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES:

(Solamente en aquellos supuestos en que sea preceptivo)

Madrid, a de

de 20

Instrucciones

En este apartado se contemplan los diferentes campos de la Plantilla propuesta anteriormente a modo de guía para su posterior elaboración.

CAMPO	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES Y FORMATO
1. DATOS DEL INTERESADO			
NIF/NIE	Alfanumérico	Sí	Formato: <Nº><letra> Validación: - Letra de control del NIF correcta
Apellidos	Alfanumérico	No	
Nombre/Razón Social	Alfanumérico	Sí	
Correo electrónico	Alfanumérico	No	Formato: Alfanumérico @ alfanumérico
País	Alfanumérico	No	Lista de valores: Países Valor inicial: España
Tipo de Vía	Alfanumérico	No	Lista de valores: Tipo de Vía
Nombre de Vía	Alfanumérico	No	
Nº	Alfanumérico	No	
Piso	Alfanumérico	No	
Puerta	Alfanumérico	No	
CP (Código Postal)	Especial	No	Formato: 99999 Longitud 5 dígitos
Localidad	Alfanumérico	No	Valor Inicial: Madrid
Provincia	Alfanumérico	No	Lista de valores: Provincias Valor Inicial: Madrid
Fax	Numérico	No	
Teléfono Fijo	Numérico	No	
Teléfono Móvil	Numérico	No	
2. DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE			
NIF/NIE	Alfanumérico	No	Formato: <Nº><letra> Validación: - Letra de control del NIF correcta
Apellidos	Alfanumérico	No	
Nombre/Razón Social	Alfanumérico	No. Sí, si ha rellenado el campo NIF	
Correo electrónico	Alfanumérico	No	Formato: Alfanumérico @ alfanumérico
Fax	Numérico	No	
Teléfono Fijo	Numérico	No	
Teléfono Móvil	Numérico	No	
3. MEDIO DE NOTIFICACIÓN			
Medio de notificación	Botón de Opción	Sí	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo ser notificado/a de forma telemática • Deseo ser notificado/a por correo certificado

CAMPO	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES Y FORMATO
Tipo de Vía	Alfanumérico	Sí, si ha marcado la opción de ser notificado por correo certificado	<u>Lista de valores:</u> Tipo de Vía
Nombre de Vía	Alfanumérico	Sí, si ha marcado la opción de ser notificado por correo certificado	
Nº	Alfanumérico	Sí, si ha marcado la opción de ser notificado por correo certificado	
Piso	Alfanumérico	No	
Puerta	Alfanumérico	No	
CP (Código Postal)	Especial	Sí, si ha marcado la opción de ser notificado por correo certificado	Formato: 99999 Longitud 5 dígitos
Localidad	Alfanumérico	Sí, si ha marcado la opción de ser notificado por correo certificado	<u>Valor Inicial:</u> Madrid
Provincia	Alfanumérico	Sí, si ha marcado la opción de ser notificado por correo certificado	<u>Lista de valores:</u> Provincias <u>Valor Inicial:</u> Madrid
4. DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA			
Documentación adjunta 1	Texto libre	No	
Documentación adjunta 2	Texto libre	No	
Documentación adjunta 3	Texto libre	No	
5. EXPONE			
Expone	Texto Libre	Sí.	
6.SOLICITA			
Solicita	Texto Libre	Sí.	
Información Institucional			
No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

CAMPO	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES Y FORMATO
DESTINATARIO			
Destinatario	Texto Libre	Si	<p>Lista de valores: Registros Generales de las Consejerías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro General de la Comunidad de Madrid • Registro de la Vicepresidencia, C. Cultura y Deporte y Portavocía del Gobierno • Registro de la C. Presidencia, Justicia e Interior (Gran Vía 18) • Registro de la Consejería de Economía y Hacienda • Registro de la Consejería de Educación • Registro Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio • Registro de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales • Registro de la Consejería de Transportes e Infraestructuras • Registro de la Consejería de Sanidad • Registro de la Consejería de Empleo y Mujer • Registro de la Consejería de Inmigración y Cooperación