

## CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO 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, facilitando a las U.B.S de Previlabor los resultados correspondientes, 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 empleado y el personal sanitario y cualquier comunicación a terceras personas sólo podrá realizarse conforme establezca la legislación vigente y en, su caso, sea autorizado por el empleado.”

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, Previlabor informa de lo siguiente:

1. Los datos que solicita el Departamento de Vigilancia de la Salud en el presente cuestionario pasarán a formar parte de los ficheros automatizados de datos de dicho departamento.
2. La finalidad de la recogida de esos 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 mismo, así como los de rectificación y cancelación de aquellos, por escrito en la sede de la entidad sita en la C/ Serrano Galvache 56- Edificio Olmo 5º piso 28033 Madrid
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 realizar y planificar adecuadamente la realización de los mencionados reconocimientos médicos, le rogamos que entregue esta notificación de aceptación o no de dichos reconocimientos, (cumplimentando sus datos) a su jefe inmediato para que este lo remita a este Servicio de Salud Laboral para su custodia y archivo

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

**Nombre:**  
**N.I.F./N.I.E.:**

**Apellidos:**  
**Puesto de trabajo:**

**Fecha:**

**SI** doy mi consentimiento:

**NO** doy mi consentimiento:

**Firma:**

**Firma:**