

RENUNCIA VOLUNTARIA POR PARTE DEL PROPIO TRABAJADOR/A A LA REALIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO PERIÓDICO.

En, a..... de de.....

Don / Doña _____ con D.N.I. _____

Trabajador /a de _____, que ocupa el puesto de trabajo de _____--, comunica a la Empresa que:

Que **RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MEDICO ANUAL**, correspondiente a la Empresa arriba reseñada, ofrecido por el empresario, según lo establecido en el Art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (y su posterior modificación Ley 54/2003), por la que se establece la obligación del empresario de garantizar a los trabajadores a su servicio, la vigilancia de la periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

Fdo.: _____