

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN DE SALUD

Fecha Examen de Salud:

Empresa:

Centro de trabajo:

Provincia:

Puesto de trabajo:

Datos personales del trabajador:

Nombre y Apellidos:

D.N.I. :

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia

Teléfono:

Correo electrónico:

Desea que le enviemos su informe a través del expediente virtual:

NO SI

Grupo Preving le informa:

En su beneficio, y para llevar a cabo el examen de salud que incluye una valoración médica y pruebas complementarias, le rogamos que lea atentamente la normativa legal que le afecta:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	EXCELENCIA Y GARANTÍA PARA LA SALUD EN EL TRABAJO, S.L.U.
Finalidad	Realización de reconocimientos médicos
Legitimación	Consentimiento prestado para la realización del reconocimiento médico
Destinatarios	Salvo obligación legal, exclusivamente se facilitará información de su aptitud psicofísica para el trabajo a su empresa, en caso de reconocimiento médico de empresa. No se transferirán datos fuera de la UE.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos a través de Internet en https://www.preving.com/aviso-legal/#egarsat

A partir de la firma del presente consentimiento, **DECLARO** haber sido informado del procedimiento y **AUTORIZO** expresamente a la realización:

- Extracción de sangre y recogida de muestra de orina para su envío al laboratorio concertado y procesamiento de las mismas. Le recordamos que la extracción puede provocar sensación de mareo, sangrado y riesgo de hematoma.
- Exploración médica, pruebas complementarias y/o cuestionarios y al tratamiento informático de mis datos de carácter personal, para la finalidad especificada.
- Emisión de informe de aptitud a la empresa respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud, según el art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, relativo a la Vigilancia de la Salud.

Si su empresa tiene concertada la disciplina de Vigilancia de la Salud con otro Servicio de Prevención (SPAp), le informamos que los resultados del examen de salud serán enviados al personal autorizado del **SPAp**, única y exclusivamente al efecto de que el mismo pueda llevar a cabo el seguimiento de su salud en relación con su puesto de trabajo, y emitir el correspondiente certificado de aptitud, respetando en todo momento la confidencialidad de los resultados, y no serán objeto de cesión a terceros ajenos al SPAp sin autorización expresa del interesado o en virtud de una ley que así lo ampare

Firma del trabajador:

Firma del acompañante: (si procede)

Nombre, apellidos y DNI