



CONSENTIMIENTO

PARA QUE SE LE REALICE O NO, EL RECONOCIMIENTO MÉDICO POR PARTE DE LA ENTIDAD

FIRMANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	
CORREO ELECTRÓNICO	
PUESTO QUE OCUPA	

CONSENTIMIENTO

Por la presente,

- Autorizo a que me sea realizado el reconocimiento médico por parte de la entidad
 NO Autorizo a que me sea realizado el reconocimiento médico por parte de la entidad

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que el tratamiento de los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL responsabilidad de AYUNTAMIENTO DE OHANES con la finalidad de GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SANITARIA DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD LABORAL DEL PERSONAL DE LA ENTIDAD ,en base a la legitimación de OBLIGACIÓN LEGAL. [Más información sobre Protección de Datos personales](#) en este enlace, en el apartado de privacidad de www.ohanes.es o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad. Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado sobre el tratamiento de mis datos personales para la actividad PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL.



FIRMA

EN , A

(FIRMA DEL INTERESADO)