

SOLICITUD DE VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD

I.- DATOS DEL SOLICITANTE:

De oficio

A instancia del trabajador

(PRIMER APELLIDO)

(SEGUNDO APELLIDO)

(NOMBRE)

1.- CATEGORÍA PROFESIONAL:

_____, D.N.I.: _____

2.- PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:

TEL. CONTACTO _____

3.- PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES:

II.- MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD:

A.- SEÑALE LAS CARACTERÍSTICAS DE SU ACTUAL PUESTO DE TRABAJO QUE, A SU JUICIO, SON INCOMPATIBLES CON SU CAPACIDAD FUNCIONAL:

B.- RELACIONE LOS INFORMES MÉDICOS QUE ADJUNTA A SU SOLICITUD, ASÍ COMO LAS FECHAS DE EMISIÓN:

NOTA: El abajo firmante se compromete a aceptar la adaptación o el cambio de puesto de trabajo que le sea asignado como consecuencia de la presente solicitud, sin posibilidad de renuncia, de acuerdo con el procedimiento de Valoración del Puesto de Trabajo que me ha sido entregado.

FECHA:

FIRMA: