



ANEXO IV

Modelo de solicitude para a determinación de persoal especialmente sensible

SOLICITANTE	
Nome e apelidos:	
DNI:	Teléfono:
Correo electrónico (obligatorio):	
Enderezo a efectos de notificacións:	
Código Postal:	Localidade:
MOTIVO DA SOLICITUDE:	

DATOS DO CENTRO DE TRABALLO	
Nome do Centro:	
Enderezo:	
Código Postal:	Localidade:
Posto de traballo:	
Relación da documentación que achega:	

SOLICITA a valoración da inspección médica da xefatura territorial da Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional, ou no seu caso o servizo de prevención alleo a efectos da determinación do condición de persoal sensible de conformidade co previsto na Resolución _____.

Para estes efectos comprométese a achegar os informes médicos que obran no seu poder, así como aqueles que lle sexan requiridos.

_____, ____ de _____ de 2020.

Sinatura:

DIRECTOR(A) DO CENTRO