



ANEXO II

MODELO DE SOLICITUDE PARA A DETERMINACIÓN DE PERSOAL
ESPECIALMENTE SENSIBLE

SOLICITANTE			
Nome e apelidos:			
DNI:	Tfno.:	Móbil (obligatorio):	
Correo electrónico (obligatorio):			
Enderezo a efectos de notificacións :			
Código Postal:		Localidade:	

DATOS DO CENTRO DE TRABALLO			
Nome do Centro:			
Enderezo:			
Código Postal:		Localidade:	
Posto de traballo:			

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 aos efectos da determinación da condición de persoal sensible de conformidade co previsto na Resolución do 22 de maio de 2020.

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:

Á ATENCIÓN DA DIRECCIÓN DO CENTRO