

ANEXO III: 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:

DATOS DO CENTRO DE TRABAJO	
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 a efectos da determinación do condición de persoal sensible de conformidade co previsto na Resolución de 22 de xullo 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:

DIRECTOR/A DO CENTRO