

## SOLICITUD AL SUBCOMITÉ DE SALUD LABORAL

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ N° Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Con domicilio en C/: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Telf. \_\_\_\_\_  
Correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Servicio/Unidad \_\_\_\_\_  
Categoría Profesional \_\_\_\_\_

Expone que:

Y aporta la siguiente documentación:

Solicita del SUBCOMITÉ DE SALUD LABORAL el estudio de mi situación y la correspondiente determinación del nivel de riesgo de los establecidos para trabajadores con patologías.

Para ello, y de acuerdo con lo establecido al respecto en el art. 22.4 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, otorgo expresamente mi consentimiento para que los miembros del SUBCOMITÉ DE SALUD LABORAL accedan a cuanta información médica, relativa exclusivamente a mi caso, precisen, exigiendo de todos y cada uno de ellos el sigilo profesional regulado en el art. 37.3 de la misma Ley. Este consentimiento tendrá carácter revocable cuando así sea expresamente manifestado.

Granada, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Fdo.- \_\_\_\_\_  
D.N.I. \_\_\_\_\_

SR. PRESIDENTE DEL SUBCOMITÉ DE SALUD LABORAL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “VIRGEN DE LAS NIEVES”