



**PETICIÓ EXAMEN DE SALUT AL SERVEI DE  
PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS**  
*(Petición examen de salud al servicio de  
prevención de riesgos laborales)*

Nom ( <i>nombre</i> ):		
Cognoms ( <i>apellidos</i> ):		
Categoria:		
Lloc de treball ( <i>lugar de trabajo</i> ):		
DNI:		
Codi targeta sanitària (CIP):		
Número Afiliació Seguridad Social		
Lloc de naixement: ( <i>lugar de nacimiento</i> )		
Data de naixement: ( <i>fecha de nacimiento</i> )		
Adreça ( <i>dirección</i> ):	c.	
	N.:	Pis:
Població ( <i>población</i> ):		
Codi postal ( <i>código postal</i> ):		
E-mail (en majúscula)		
Telèfon mòbil ( <i>teléfono móvil</i> ):		

Data sol·licitud: .....  
(*Fecha solicitud*)

Segell del Departament de Professionals