



**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):		
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 RRHH

Avis legal:

De conformitat amb allò previst a l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades, les dades personals seran incloses en un fitxer del qual és titular i responsable la Fundació Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau amb l'objectiu d'utilitzar-les única i exclusivament per als fins que se sol·liciten.

Els destinataris de la informació, és el personal de Recursos Humans encarregats de la recepció i gestió de la seva sol·licitud.

Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a la secretaria del Departament d'Atenció a l'Usuari de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ubicat al c. Sant Quintí 87, Vestíbul de la planta 0, 08025 de Barcelona.