ayuntamiento de
Villarrobledo

CONSENTIMIENTO A PASAR RECONOCIMIENTO MÉDICO

D./Dña. _____ Con ____ nº_____,

Trabajador/a del Excmo. Ayuntamiento de Villarrobledo, declaro que CONSIENTO la realización del reconocimiento médico anual considerado de carácter obligatorio por el Servicio de Prevención

_____ , con el que esta empresa tiene contratada la Vigilancia de la Salud.

En Villarrobledo a de de 202