SOLICITUD DE LOS EXÁMENES DE SALUD PERIÓDICOS

EMPRESA:

Por la presente y en virtud del concierto que nos une en materia de Prevención de Riesgos Laborales, solicito la realización, del **examen periódico de salud** a los trabajadores cuyos datos se señalan a continuación:

Fecha solicitada	Nombre y apellidos	N.I.F.	N.A.F. *	Puesto de trabajo

* N.A.F.: Número de afiliación a la Seguridad Social

Firma y sello de la empresa

Este documento, tiene carácter confidencial, pasando a formar parte automatizado. En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que sus datos personales que figuran en el presente documento, así como la información facilitada por cualquier medio, son incluidos en ficheros titularidad de Prevae, S.L. cuya finalidad es la gestión de las actividades relacionadas con es servicio de Vigilancia de la Salud y otras acciones de comunicación comercial. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley, los titulares de los datos personales pueden dirigirse mediante carta a Prevae, S.L. Ref. Protección de Datos, Pol. Ind. Oeste, Avda. Principal, 30.1, Edif. Argos, bj E, C.P.30.169, San Ginés, Murcia.
Asimismo, se informa que laboratorios de análisis clínicos tendrán acceso a os datos personales para la prestación del servicio contratado.