

CIRCULAR N° 2.130



Distinguido agremiado :

Próximamente y dando cumplimiento a los contratos de Prevención de Riesgos Laborales firmados con la empresa **GESEME**, y en cuanto a la parte referida a VIGILANCIA DE LA SALUD, se van a realizar los reconocimientos médicos de los trabajadores.

Dichos reconocimientos médicos son de carácter voluntario y las empresas deberán comunicar a todos sus trabajadores la posibilidad de efectuarlos; por ello, adjuntamos a la presente, un formulario que deben rellenar y firmar TODOS los trabajadores, tanto los que deseen efectuar dicho reconocimiento médico, como los que expresen su negativa al mismo.

Los reconocimientos médicos, este año, están previstos que se realicen en el local nº 14 de la Zona de Acopiadores de este Mercat del Peix, ubicación de **GESEME**, compartiendo una Unidad Móvil ubicada enfrente, a partir de las 06:00 y hasta las 12:00 horas, los días 11, 13, 14, 18, 19, 20 y 21 de Octubre. Las solicitudes serán recogidas por su empresa por el técnico de **GESEME**, Carles Carrera, que pasará el próximo miércoles día 5 de Octubre. El listado con las solicitudes, permitirá efectuar una programación sabiendo el número de trabajadores que realmente los llevarán a cabo. Posteriormente se le comunicará los días que deben acudir los trabajadores de su empresa.

Sin otro particular, esperando tome nota de cuanto antecede, atentamente le saluda.

Barcelona, 28 de Septiembre de 2.016.

Fdo.: FELIX FALCO VILLASCLARAS
SECRETARIO



CIRCULAR N^{úm.} 2.130



Distingit agremiat :

Pròximament i donant compliment amb els contractes de Prevenció de Riscos Laborals signats amb l'empresa **GESEME**, en la part referida a VIGILÀNCIA DE LA SALUT, és previst realitzar els reconeixements mèdics dels treballadors.

Aquests reconeixements mèdics són de caràcter voluntari i les empreses hauran de comunicar a tots els seus treballadors la possibilitat d'efectuar-los; per això adjuntem a la present, un formulari que han d'emplenar i signar **TODOS** els treballadors, tant els que desitgin efectuar-los, com els que no se'ls vulguin fer.

Els reconeixements mèdics, enguany, estan previstos que es realitzin al local nº 14 de la Zona d'aplegadors d'aquest Mercat del Peix, ubicació de **GESEME**, compartint una Unitat Mòbil situada davant, a partir de les 06:00 i fins a les 12:00 hores, els dies 11, 13, 14, 18, 19, 20 i 21 d'octubre. Les sol·licituds seran recollides per la seva empresa pel tècnic de **GESEME**, Carles Carrera, que passarà el proper dimecres dia 5 d'octubre. El llistat amb les sol·licituds, permetrà efectuar una programació sabent el nombre de treballadors que realment els duran a terme. Posteriorment se li comunicarà els dies que han d'acudir els treballadors de la seva empresa.

Sense cap altre esment, i esperant prengui bona nota del contingut de la present, atentament li saluda.

Barcelona, 28 de setembre de 2016.

Signat: FELIX FALCO VILLASCLARAS
SECRETARI





CONSENTIMIENTOS DE LOS TRABAJADORES PARA SOMETERSE A EXAMEN MÉDICO.

Empresa :	Fecha :
------------------	----------------

De acuerdo con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), la Vigilancia de la Salud es un derecho de todos los trabajadores para proteger su salud frente a los posibles riesgos laborales que puede ofrecer su trabajo.

Los reconocimientos son realizados por personal sanitario, respetando la dignidad y la intimidad de las personas. La **información** obtenida es **confidencial**. Los datos obtenidos sólo los conocerá el trabajador/a y el personal sanitario, y cualquier otra comunicación a terceras personas deberá ser autorizada por el empleado/a.

De acuerdo con el Artículo 22 de la citada Ley, la vigilancia de la salud sólo se puede realizar con el **consentimiento** del trabajador/a, excepto en casos estrictamente regulados por la Ley. Con objeto de realizar y planificar adecuadamente la vigilancia de la salud, le pedimos que **notifique su voluntad** de hacerse (sí consiento) o no hacerse (no consiento) el examen médico.

RELLENAR CON MAYÚSCULAS. ENTREGAR AL TECNICO EN PREVENCIÓN DE GESEME.

	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	OCUPACIÓN (*)	SÍ CONSIENTO (firma)	NO CONSIENTO (firma)	FECHA FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Firma y Sello de la Empresa :

(*) EN OCUPACIÓN SE DEBERÁ ANOTAR :
Personal de Oficinas, Manipulador, Vendedor o Corte.
Especificar si hace uso de carretilla elevadora.