



Acceptació / Renúncia reconeixements mèdics específics

Jo, _____ amb DNI _____
i data de naixement _____ i telèfon _____ amb el lloc de treball _____
i com a treballador/a de l'empresa _____ declaro,

Que ☐ **accepto** / ☐ **renuncio** al reconeixement mèdic i a l'anàlisi de sang i orina que m'ha ofert **ERGO LABORIS, S. L.** en virtut de l'article 22 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals 31/1995 a través dels serveis de Vigilància de la Salut acreditats que té contractats a aquest efecte.

Així, manifesto que se m'ha informat de la necessitat de realització d'aquests reconeixements per la millora de la tasca preventiva realitzada al si de l'empresa i de que en la seva realització compleixen tots els preceptes de l'article 22 de l'esmentada Llei, tals com, el respecte al dret a la intimitat i a la dignitat de la persona i la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu estat de salut.

D'acord amb el que estableixen el Reglament (UE) 2016/679, de Protecció de Dades (RGPD), la Llei Orgànica 3/2018, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals (LOPDGDD) i la Llei 31/1995, de Prevenció de Riscos Laborals, s'informa la persona treballadora que les seves dades personals i de salut recollides amb motiu de la vigilància de la salut seran tractades sota la responsabilitat d'**ERGOLABORIS, S.L., amb CIF B17800731, i adreça postal C/ Riera Bugantó, 5 baixos 17003 Girona**, amb la finalitat de dur a terme els reconeixements mèdics preventius, avaluar l'aptitud per al lloc de treball i complir amb les obligacions legals en matèria de prevenció de riscos laborals.

Mitjançant la signatura d'aquesta autorització, la persona treballadora dona el seu **CONSENTIMENT EXPRES** perquè en cas que **no sigui visitada directament a les instal·lacions d'ERGOLABORIS** el servei col·laborador pugui recollir la seva informació mèdica, tractar-la i emetre el corresponent informe o diagnòstic mèdic en el marc de la vigilància de la salut laboral. Els **serveis mèdics col·laboradors** actuen com a **encarregats del tractament**, i tractaran la informació mèdica exclusivament per a la finalitat indicada, amb les mateixes garanties de seguretat, confidencialitat i secret professional que ERGOLABORIS.

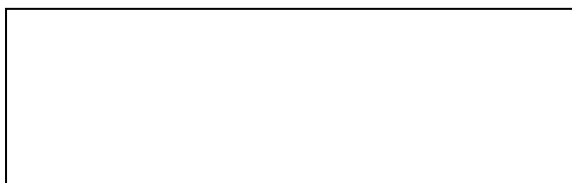
La persona interessada pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat, adreçant-se per escrit a **ERGOLABORIS, S.L.** amb CIF B17800731, adreça postal C/ Riera Bugantó, 5 baixos 17003 Girona, o al correu electrònic atencioclient@ergolaboris.com.

Els resultats seran enviats a l'adreça de correu electrònic **particular** que se'ns faciliti:

_____ .

I perquè així consti als seus efectes oportuns, signo el present document a _____ de _____ de 202_.

Signat,



NOTA: una vegada complimentat i signat per cada treballador/a, cal enviar-lo a ERGO LABORIS per e-mail a vigilanciasalut@ergolaboris.com. És important que en el present document s'indiqui el telèfon de contacte, per tal que li pugui arribar un missatge de recordatori de la cita mèdica. Així com el correu electrònic on rebrà els resultats de la revisió mèdica efectuada.