

**ACTA DE RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO**

NOMBRE DEL TRABAJADOR. -	DNI. -
NOMBRE DE LA EMPRESA. -	FECHA. -

El trabajador abajo firmante declara que la empresa le ha ofrecido la realización del reconocimiento médico, en función del puesto de trabajo desarrollado, y de acuerdo con el protocolo médico específico correspondiente.

El trabajador abajo firmante, una vez informado del contenido de las pruebas médicas a las que se le ha propuesto someterse, así como el fin a que se destinarán los resultados que de la realización de las mismas se derivan, al tener carácter de voluntarias para la Vigilancia de la Salud, conforme al artículo 22 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención, NO DA SU CONSENTIMIENTO para que éstas se lleven a efecto, por el siguiente motivo:

.....  
.....

Y para que conste, firma la presente renuncia en la fecha arriba indicada.

FIRMA DEL TRABAJADOR
----------------------