FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

FILIACIÓN

Nombre y apellidos: ……………………………….………………………………..…….…...…………………….……..……………

D.N.I.: ……………………..………………….. Fecha de nacimiento: …………………………………… Edad: ………………….

Domicilio: ……………………………………………….………………………………………..……. Nº: ………..... Piso: ….…..….

Población: ………………………………..……………. C.P.: ……………... Provincia: ………….….….…………….……………

Tfno.: …………….………………….……. E-mail: ……………………….…....…………………………………………………………

Puesto de trabajo a desempeñar: …………………………………………………………………………………………………..…

ANTECEDENTES LABORALES

Trabajos anteriores:

1-……………………………………………….…………..……... Tiempo…….…..……………….………….

2-………………………………..…………….…………….……... Tiempo..........................….…….…

3-……..………………………….……………………….………… Tiempo……..........................……...

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Discapacidad(\*) |  | Sí |  | No |
| Incapacidad Permanente (\*) |  | Sí |  | No |
|  |  |  |  |  |
| Accidente de Trabajo |  | Sí |  | No |
| Enfermedad Profesional |  | Sí |  | No |

(\*) En caso afirmativo deberá aportar el certificado correspondiente en el plazo máximo de 10 días

VACUNAS RECIBIDAS:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Según Calendario de Vacunación infantil-escolar (\*) |
|  | Otras, especificar ……………………….………………………………………………………….. |

(\*): Deberá aportar la cartilla de vacunación infantil o cualquier otra certificación escrita sobre su estado vacunal en el plazo máximo de 10 días. En La Rioja el certificado de Vacunación Infantil y Escolar se puede solicitar en: Consejería de Salud – Vacunas infantiles. Tfno.: 941 291100 extensión 31347

ANTECEDENTES SANITARIOS PERSONALES

(Poner X en la casilla si la respuesta es afirmativa)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Diabetes Mellitus |  | Cardiopatía |
|  | Hipertensión arterial |  | Enfermedad respiratoria |
|  | Colesterol o triglicéridos elevados |  | Enfermedad renal |
|  | Patología auditiva |  | Enfermedad hepática |
|  | Patología de la voz |  | Enfermedad neurológica |
|  | Alteraciones visuales |  | Enfermedad de la piel |
|  | Alteraciones óseas y/o articulares |  | Alteraciones psicológicas |
|  | Alergias, especificar …………………………………………………….……………………………………………………………………… | | |
|  | Otras enfermedades, especificar …………………………………………………………………………………………………………. | | |
|  | Medicación habitual, especificar ………………………………………….………………………………………………………………. | | |
|  | Intervenciones quirúrgicas, especificar ………………………………………….…………………………………………………… | | |
|  | Ha pasado la varicela 🞎 Sí 🞎 No | | |

ANTECEDENTES SANITARIOS FAMILIARES

Padre Madre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hipertensión arterial |  |  |  |
| Diabetes Mellitus |  |  |  |
| Colesterol elevado |  |  |  |
| Hipertensión ocular/glaucoma |  |  |  |
| Cáncer, localización: …………………………………….………………………………………………… |  |  |  |
| Enfermedad cardiovascular |  |  |  |
| Enfermedad neurológica |  |  |  |
| Trastorno psicológico |  |  |  |
| Otras enfermedades, especificar ……………………………………………………………………… |  |  |  |

Declaro que **no** padezco **ni** he padecido ninguna enfermedad física o mental no manifestada en este documento, por lo que asumo las responsabilidades que pudieran derivarse de dicha omisión. Así mismo expreso mi consentimiento para que se me realice este reconocimiento médico según el artículo 22 de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales.

Logroño, a de de 20 Firma del trabajador:

“*Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos.* El ***responsable*** *de este tratamiento es la* ***Dirección General de Función Pública*** *que los utilizará* ***para*** *Medicina preventiva laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, prestación de asistencia sanitaria. Evaluación de riesgos laborales de puestos y lugares de trabajo. investigaciones de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Prevención de Riesgos Laborales.*

*La información relativa a los destinatarios de los datos y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en la* ***actividad número****173 en el siguiente enlace* [*www.larioja.org/rat*](http://www.larioja.org/rat)*.*

*Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento, dirigiéndose de forma presencial a las oficinas de registro o telemáticamente a través de la siguiente dirección electrónica*  <https://www.larioja.org/derechoslopd>.

*Así mismo, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Más información en*  [www.aepd.es](http://www.aepd.es)”