

con NIF: \_\_\_\_\_ trabajador/a de la Universitat de València en  
el Departamento/Servicio:  
Centro:  
Colectivo:  
Comunica a la empresa:

Que RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO ANUAL ofrecido por la Universidad de Valencia, según lo establecido en el art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (y su posterior modificación Ley 54/2003); por la que se establece la obligación del empresario de garantizar a los trabajadores a su servicio, la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Debe remitirnos firmado el siguiente formulario de renuncia a [admspma@uv.es](mailto:admspma@uv.es)**