# RENÚNCIA A REALITZAR RECONEIXEMENT MÈDIC D’INICI D’ACTIVITAT

En/na ....................................................... amb DNI................................... declaro que, havent estat informat/ada de la possibilitat de realitzar-me un reconeixement mèdic inicial per determinar possibles danys que poguessin derivar dels riscos derivats del meu lloc de treball, **no desitjo realitzar-me** aquest reconeixement inclòs en les activitats de Vigilància de la Salut del Servei de Prevenció de Riscos Laborals de la UPC.

Llegit, entès i conforme,

Nom i cognoms:

Signatura:

A ..................................., a .......de .......... de ........................