

RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO

Yo, D./Dña. _____

con DNI/NIE número _____ y domicilio en _____

manifiesto que renuncio expresamente a realizar el reconocimiento médico obligatorio requerido en relación con la actividad laboral o trámite correspondiente.

DECLARO:

1. Que he sido informado/a de forma clara y suficiente sobre las consecuencias de renunciar al reconocimiento médico.
2. Que entiendo que la renuncia puede afectar a la evaluación de mi aptitud para la actividad o trámite mencionado.
3. Que asumo plena responsabilidad por esta decisión y las posibles consecuencias derivadas de la misma.
4. Que esta renuncia es voluntaria y se realiza sin coacción alguna.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

FIRMA DEL/LA INTERESADO/A

Firma:

Fuente original del documento:

<https://experto-renuncias.com/renuncia-reconocimiento-medico/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-renuncias.com>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.