

En _____ a _____ de _____ de _____

A/A: Dirección de Personal de la empresa _____

Por la presente, yo D. _____ con
DNI. _____ y trabajador de su empresa, les solicito que a la mayor
brevedad, y en virtud de lo establecido por la legislación vigente en materia de
Prevención de Riesgos Laborales y el propio Convenio Colectivo de Empresas de
Seguridad, me sea realizado el RECONOCIMIENTO MÉDICO ANUAL, al objeto de
evaluar mi actual estado de salud.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.

Fdo: _____ DNI. _____

Recibí empresa: