**SOL·LICITUD EXAMEN DE SALUT ÀREA SALUT LABORAL**

**(SERVEI DE PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS)**

**(Edifici consultes externes, carrer Rosselló 161, 5ªplanta, ala Casanova, porta 72)**

* Nom i Cognoms: ............................................................................
* Categoria Professional: ...................................................................
* Especialitat:.................................................................................
* DNI/NIE: ...............................
* Codi targeta sanitària (CIP): .............................................................
* Adreça:........................................................................................
* Codi Postal:....................... Població:...............................................
* Telèfon (1):............................Telèfon (2) ..................................

 Mòbil: ...................................

 Mail: ...................................................

* Data naixement: .......................
* Lloc de naixement: ........................................................................

 Nº Matrícula assignat (emplenar per la DpP): ...............................................

Signatura treballador/a:

 Data: .............................

Salut Laboral en breu es posarà en contacte amb vosaltres per fixar el dia i hora.

Per qualsevol consulta podeu trucar als telèfons 932275538 / 932275431 o enviar un mail a slab@clinic.cat