

**CITACION PARA RECONOCIMIENTO MEDICO**

Ed.: 0

DPMPO15 ANEXO 1**APELLIDOS Y NOMBRE:****EMPRESA:****Centro de trabajo:****Puesto de trabajo:****Tipo de Reconocimiento:** *PRELABORAL* *PERIÓDICO*

Por medio de la presente, se le cita para pasar el correspondiente Reconocimiento médico de acuerdo con los siguientes datos:

- FECHA:
- HORA:
- LUGAR:

Asimismo, se le indica que deberá acudir al mismo en ayunas y aportando muestra de orina en el recipiente esterilizado que se le entrega en este acto.

Observaciones:.....
.....
.....
.....
.....

NOTA: En caso de tratarse de reconocimiento PERIÓDICO ANUAL y de que no pueda pasarlo en el día indicado, deberá comunicarlo con la mayor brevedad posible, indicando la fecha que le es más conveniente en este período.

FECHA: __/__/____**Recibí:**

Fdo.: Servicio de Personal

Fdo: El trabajador