



A LA DIRECCION DE LA EMPRESA



_____ a __ de _____ de 202__

A/A de: _____ y _____, Gerente y Jefe de servicios de la Delegación de Cádiz.

De: _____. Trabajador de esta Empresa.

Asunto: Reconocimiento Médico.

Mediante el presente escrito les comunico, mi deseo de que me sean abonados los Gastos producidos, como consecuencia Reconocimiento Médico realizado, el pasado día ____ de _____ del 202__.

El tiempo destinado en el reconocimiento fue de ____, ____, hora/s, concretamente desde las __: __ h. hasta las __: __ h. Tal y como indica el Justificante, que se adjunta, (Como doc. Nº 1).

Asimismo deseo que se me abonen los gastos de desplazamiento. Ya que son ____ los Kilómetros realizados, para la asistencia al citado Reconocimiento Médico.

TOTAL a reclamar: ____, ____, h.

“ “ “ : ____, ____, Km.

Todo ello en base a que la LPRL indica textualmente:

“*Gratuidad: el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá recaer sobre el trabajador (art. 14.5 de la LPRL)*”.

Si necesitase cualquier aclaración, no dude en ponerse en contacto conmigo y gustosamente se lo aclararé.

Sin nada más que añadir.

Y para que surta los efectos oportunos, firmo el presente documento en el lugar y fecha arriba indicada.

Fdo. El Trabajador.

Recibí de La Empresa