

## RENUNCIA AL RECONOCIMIENTO MÉDICO

Lugar : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**Datos del Firmante :**

Nombre y Apellidos : \_\_\_\_\_

Nº Documento Identidad : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_

Yo, el/la abajo firmado/a, en pleno uso de mis facultades y con conocimiento de las consecuencias jurídicas que se derivan, RENUNCIO expresamente a la realización del reconocimiento médico preceptivo para la actividad que se detalla a continuación, eximiendo al responsable de la organización, entidad o persona que requiere dicho reconocimiento, de cualquier responsabilidad derivada de dicha renuncia.

**Actividad :** \_\_\_\_\_

Declaro que he sido informado/a exhaustivamente sobre la naturaleza, finalidad y alcance del reconocimiento médico, así como de las posibles consecuencias de no efectuarlo, y que renuncio voluntariamente, sin coacción de ningún tipo. Asimismo, asumo la responsabilidad por cualquier incidencia que pudiera derivarse de esta renuncia.

Entiendo que puedo revocar esta renuncia en cualquier momento, y que la realización del reconocimiento médico en el futuro podrá ser requerida para garantizar mi aptitud para la actividad referida.

En prueba de conformidad, firmo el presente documento, que se extiende en dos ejemplares, uno para mí y otro para la organización o entidad solicitante.

**FIRMA DEL FIRMANTE**

**FIRMA DEL TESTIGO (si procede)**

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fuente original de este documento:

<https://laboral-lex.com/renuncia-reconocimiento-medico/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://laboral-lex.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.