

**SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO PARA LOS TRABAJADORES/AS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS**

**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y EMPLEO**

A/A.: Jefe de Servicio de Salud y Riesgos Laborales de Centros Educativos  
Avda. Valhondo, s/n. Edificio Mérida III Milenio, Módulo 5, 3ª Planta  
06800 Mérida (Badajoz) Fax: 924 30 33 41

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

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajador/a: \_\_\_\_\_

Domicilio Trabajador/a: \_\_\_\_\_

***Solicito una valoración de mi puesto de trabajo para una posible adaptación por motivos de salud.***

*No adjuntar ahora documentación médica. El/La trabajador/a entregará a los sanitarios del Servicio de Salud y Riesgos Laborales de Centros Educativos la información médica cuando estos se la soliciten.*

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

Firma:

Fdo.- \_\_\_\_\_