

5

**MODELO OPOSICIÓN
TRASLADO DE
HISTORIALES
CLÍNICOS
SANITARIOS A LAS
MUTUAS**

10.

A LA CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

DE _____

Los abajo firmantes, trabajadores todos ellos de la Empresa _____, en el centro de trabajo situado en _____

MANIFIESTAN

Su oposición a que los informes sanitarios, documentación clínica y demás datos médicos que pudieran relacionarse con sus lesiones o dolencias constitutivas de procesos de incapacidad temporal o permanente derivadas de contingencias comunes (Enfermedad Común o Accidente no Laboral), puedan ser trasladados a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales¹

Todo ello de acuerdo con lo dispuesto en la Disposición Adicional Cuadragésima del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Nombre y Apellidos	D.N.I	Nº Afiliación Seguridad Social	Firma ²
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En _____ a _____ de 2014

¹ Deberá indicarse la Mutua con la que se tiene concertado el Convenio de Asociación y deberá rellenarse nuevo impreso ante cambio de Mutua

² Necesaria la firma de cada trabajador al tratarse de derechos individuales y personales