

**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**

Teléfonos en caso de dudas: 924 00 79 39 / 31 / 38

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 / adaptación por motivos de salud debido a (explique brevemente el/los motivos de la petición):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*No adjuntar ahora documentación médica.* En caso de ser necesaria la misma los profesionales que gestionen la adaptación se la solicitarán y le indicarán cómo debe remitirla.

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

Firma:

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