



**CONSTANCIA DE ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMEN
MÉDICO OCUPACIONAL INDIVIDUAL**

KP-F-SST-99A

V.0

JUL - 2024

Fecha: ____ / ____ / ____

Por el presente yo, _____, identificado con
(DNI / C.E.) _____, dejo constancia que se me hizo entrega del informe
médico ocupacional y lectura de los resultados del Examen Médico Ocupacional (EMO), donde
resulte _____ con _____ la _____ siguiente _____ aptitud
_____ realizado por mi empleador en
fecha _____. Además, he sido informado sobre los hallazgos y las recomendaciones
producto de dicho examen médico, todas mis consultas han sido respondidas y he comprendido
en su totalidad la información.

Por otro lado, me comprometo a cumplir con las recomendaciones brindadas por el informe médico
y por el programa de Vigilancia de Salud Ocupacional respecto a mi evaluación médica.

Todo esto en cumplimiento de la normativa legal Ley 29783 y su modificatoria Ley 30222, DS 055-
2010-EM, RM 312-2011-MINSA, DS-005-2012 -TR Y SU MODIFICATORIA.

Respetando el deber de confidencialidad.

FIRMA DEL TRABAJADOR

DNI :