|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** |  |
| **LUGAR** |  |
| **CARGO** |  |
| **PROCESO** |  |
| **TIPO DE EXÁMEN** | Ingreso, Egreso o Periódico |

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 11 de julio 2007, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales., desisto, en forma expresa, a la realización de la evaluación médica ocupacional a la cual fui convocado(a) el día \_\_\_\_\_\_ en la institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el horario de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ y, a su vez asumo la responsabilidad por este hecho, del cual el Instituto Superior de Educación Rural – ISER NO es causante.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **FIRMA** | |
| **C.C.** |  |
| **CELULAR** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |