

INFORMACIÓN SOBRE LA TOMA DE POSESIÓN DEL PROFESORADO DE LAS LISTAS DE EMPLEO QUE SE INCORPORAN POR PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS PÚBLICOS.

Conforme establece las instrucciones de organización y funcionamiento de inicio de curso, (*Resolución 21/2020 de la Viceconsejería de Educación de fecha 28 de julio*), cada curso escolar deberán emitirse las tomas de posesión o certificados de incorporación de todo el personal docente que llegue al centro por obtención de un destino o un nombramiento.

En el caso del personal integrante de las listas de empleo que sea nombrado por primera vez, como saben se requiere, entre otros documentos, el **informe de la Inspección Médica**.

En relación a este tema, según ha determinado el Servicio de Inspección Médica dependiente de la *D.G. Modernización y Calidad de los Servicios Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad*, los docentes de nueva incorporación no asistirán presencialmente a las dependencias de ese servicio, y seguirán las siguientes instrucciones:

“Los docentes deben remitir cumplimentada y firmada electrónicamente la encuesta de salud, que se adjunta, a la siguiente dirección de correo electrónico:

inspeccionmedica.modernizacion@gobiernodecanarias.org

Es Imprescindible que en el Asunto del correo debe constar RMDocente-Provincia(LP o SCTF)-NIF (DNI con la Letra mayúscula, LP-NIF o SCTF-NIF)

“La encuesta de salud cumplimentada y firmada, que se adjunta, deberá anexarse como archivo pdf.”

Se pretende de este modo evitar desplazamientos innecesarios.

Asimismo, al objeto de agilizar la tramitación de la nómina y el alta en el Régimen General de Seguridad Social, **se deben realizar las tomas de posesión de estos docentes**, en los respectivos centros educativos, aunque aún no haya sido emitido el informe de la Inspección Médica.

Finalmente les informamos que estamos ultimando los horarios compartidos entre centros. Es importante que revisen el CALPLAN por si tienen horarios compartidos, a fin de coordinarse con el otro centro afectado para la elaboración de los horarios del personal docente implicado.

Dirección General de Personal

Reconocimiento y evaluación del cumplimiento de requisitos de capacidad de las personas seleccionadas para el acceso al empleo público

(Arts. 5 y 6 del Decreto 113/2013, de 15 de noviembre, de evaluación médica del personal del sector público de la CA de Canarias)

Datos personales.

Nombre: _____ . DNI: _____ .

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ . Edad: ____ años . Tfno. _____ .

Domicilio: _____ . CP: _____ .

Localidad: _____ . Provincia: _____ .

Correo elec. (en mayúsculas): _____ .

Datos profesionales.

Categoría profesional para la que se solicita el reconocimiento médico: (para docentes Primaria/Secundaria y especialidad)

_____ .

Responda con sinceridad a la siguiente encuesta de salud:

	SI	NO
Antecedentes de enfermedades familiares (en el padre o la madre).		
Enfermedades congénitas o hereditarias.		
Tratamiento farmacológico de forma permanente.		
Está o ha estado en tratamiento por patología psiquiátrica (ansiedad, depresión, etc.).		
Tiene o ha tenido dolores de cabeza o crisis migrañosas de forma frecuente, temblores, mareos, pérdida de conciencia o cualquier otra patología neurológica.		
Tiene o ha tenido problemas de audición, síndrome vertiginoso, rinitis, sinusitis, etc. o alguna otra patología de oído, nariz o garganta.		
Tiene o ha tenido problemas de visión (miopía, hipermetropía, astigmatismo, cataratas, presbicia, etc.) o alguna otra patología visual.		
Tiene o ha tenido problemas respiratorios (asma, bronquitis, neumonía, neumotórax, apnea del sueño, etc.) o alguna otra patología respiratoria.		
Tiene o ha tenido problemas cardíacos y/o circulatorios (hipertensión arterial, arritmias, varices, etc.) o cualquier otra patología cardíaca o vascular.		
Tiene o ha tenido problemas digestivos (gastritis, reflujo gastroesofágico, colon irritable, enf. de Crohn, hepatitis, etc.) o cualquier otra patología digestiva o intestinal.		
Tiene o ha tenido problemas endocrinológicos (tiroides, páncreas, gl. suprarrenales, etc.).		
Tiene o ha tenido problemas renales (infección recidivante, cálculos renales, pielonefritis, glomerulonefritis, etc.) o cualquier otra patología renal o urológica.		
Tiene o ha tenido problemas ósteo-articulares (escoliosis, hernia discal, sdme. Túnel carpiano, fibromialgia, artrosis, etc.) o cualquier otra patología del aparato locomotor.		
Tiene o ha tenido problemas de la piel (dermatitis, psoriasis, etc.).		
Presenta alguna alergia conocida a algún producto o medicamento.		
Se ha intervenido quirúrgicamente o ha tenido ingresos hospitalarios.		

Solo para mujeres:

	SÍ	NO
Tiene o ha tenido problemas ginecológicos.		
Tiene o ha tenido problemas en sus embarazos y/o sus partos.		

Incapacidad temporal:

	SÍ	NO
Actualmente está Vd. de alta médica.		
Ha pasado algún reconocimiento médico en estos últimos 12 meses.		
Ha cursado algún proceso de incapacidad temporal en estos últimos 12 meses.		

Grado de discapacidad reconocido: _____ %.

Nota: para todas aquellas personas con un grado de discapacidad reconocido del 33% o superior, es imprescindible aportar copia del Certificado de Discapacidad y el Certificado de Capacidades Residuales.

El/La abajo firmante declara que son ciertos todos los datos recogidos en este documento y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en los mismos, sea de forma deliberada o no, invalida el resultado de este reconocimiento médico y se elevará a las instancias pertinentes para que se lleven a cabo las actuaciones necesarias al respecto.

Al mismo tiempo, autoriza a que los datos recogidos en este documento sean archivados y custodiados por la Inspección Médica de la Dirección General de Modernización y Calidad de los Servicios de la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad, dando cumplimiento a lo recogido en la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el artículo 9.1 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

En _____, a ____ de _____ de 20____.

DNI y Firma.

Observaciones del/de la Inspector/a Médico:
