**SOLICITUD PARA NO REALIZAR DOCENCIA VIRTUAL Y/O TELETRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD Y/O PSICOSOCIALES DEBIDO AL ESTADO DE ALARMA DECRETADO POR EL NUEVO CORONAVIRUS SARS-COV-2**

**DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombre:       Apellido1:       Apellido2:

DNI:       Correo-e:

Fecha de nacimiento: 01/01/1900 Edad:

Teléfono 1:       Teléfono 2:       Teléfono 3:

Domicilio:       Nº:     Piso:

Municipio:       Código postal:

Provincia:       País:

**DESCRIPCIÓN SE SU SOLICITUD: Describa brevemente su situación actual y/o motivos por los que solicita ser eximido de su actividad docente, investigadora o administrativa por medios telemáticos:**

**DATOS DEL LABORALES:**

Puesto de trabajo:

Horas docencia/teletrabajo semanales:

Departamento:

Centro /Servicio/Facultad:

**SITUACIÓN ACTUAL**

* ¿Vive solo? SÍ [ ]  NO [ ]
* ¿Tiene hijos que convivan con usted? SÍ [ ]  NO [ ]  Nº:    Edad/es:
* ¿Tiene familiares dependientes a su cargo (excluyendo hijos menores)? SÍ [ ]  NO [ ]  Nº    Parentesco, Patología/s o situación/es que presenta/an

¿Convive con un caso posible/probable o confirmado de covid-19? SÍ [ ]  NO [ ]

**DATOS CLÍNICOS**

**¿ACTUALMENTE USTED PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sintomatología** | **Sí** | **No** | **Observaciones/Fecha de inicio** |
| Fiebre (actual o reciente) | [ ]  | [ ]  | TºC:       |
| Tos  | [ ]  | [ ]  |       |
| Neumonía (Evidencia clínica o radiológica)  | [ ]  | [ ]  |       |
| Dolor de garganta  | [ ]  | [ ]  |       |
| Escalofríos  | [ ]  | [ ]  |       |
| Dificultad respiratoria  | [ ]  | [ ]  |       |
| Vómitos  | [ ]  | [ ]  |       |
| Diarrea | [ ]  | [ ]  |       |
| Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (insuficiencia o gran dificultad respiratoria) | [ ]  | [ ]  |       |
| Otros cuadros respiratorios graves  | [ ]  | [ ]  |       |
| Fallo renal agudo  | [ ]  | [ ]  |       |
| Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos  | [ ]  | [ ]  |       |

**PATOLOGÍAS / ESTADOS O SITUACIONES PREVIAS O ACTUALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad/situación o estado de base** | **Sí** | **No** | **Observaciones/Controlada/Descompensada** |
| Diabetes  | [ ]  | [ ]  |       |
| Enfermedad cardiovascular (incluida HTA)  | [ ]  | [ ]  |       |
| Enfermedad hepática crónica  | [ ]  | [ ]  |       |
| Enfermedad pulmonar crónica  | [ ]  | [ ]  |       |
| Enfermedad renal crónica  | [ ]  | [ ]  |       |
| Enfermedad neurológica crónica | [ ]  | [ ]  |       |
| Enfermedad neuromuscular crónica | [ ]  | [ ]  |       |
| Patología osteomuscular | [ ]  | [ ]  |       |
| Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)  | [ ]  | [ ]  | Trimestre:       |
| Embarazo | [ ]  | [ ]  |       |
| Post-parto (<6 meses) | [ ]  | [ ]  |       |
| Cáncer en tratamiento activo | [ ]  | [ ]  |       |
| Alergias | [ ]  | [ ]  |       |
| Tratamientos farmacológicos | [ ]  | [ ]  |       |
| Otros | [ ]  | [ ]  |       |

**ESFERA PSICOLÓGICA:**

* ¿Duerme bien? SÍ [ ]  NO [ ]
* ¿Presenta estrés o angustia? SÍ [ ]  NO [ ]
* ¿Tiene sensación de no dar abasto? SÍ [ ]  NO [ ]

**TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVD):**

* ¿Presenta alguna alteración que le impida desarrollar su trabajo con PVD? SÍ [ ]  NO [ ]

Detalle cuáles:

**DEBERÁ APORTAR JUNTO A ESTE CUESTIONARIO LOS INFORMES MÉDICOS QUE ACREDITEN LO INDICADO EN EL MISMO, AL CORREO** **SSPRL@UGR.ES**, **PARA PODER VALORAR SU CASO LO ANTES POSIBLE.**

**El PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO SE PONDRÁ EN CONTACTO CON VD. PARA ACLARAR CUALQUIER DUDA Y COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.**

En GRANADA a    de       de 2020

Firma del solicitante:

Fdo:

|  |
| --- |
| **Información básica sobre protección de sus datos personales aportados** |
| **Responsable:** | UNIVERSIDAD DE GRANADA |
| **Legitimación:** | La Universidad se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos personales por ser necesarios para cumplir con la obligación legal según establecen los art. 14, 16, 22 y 23 de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos laborales. |
| **Finalidad:** | Gestionar su solicitud. |
| **Posibles Destinatarios:** | Cuando proceda a Juzgados y Tribunales, Ministerio/Consejería Junta de Andalucía con competencias en materia de trabajo, Inspección Provincial de Trabajo, Inspección Médica del Servicio Andaluz de Salud, Consejo de Seguridad Nuclear y clínicas y especialistas médicos. |
| **Derechos:** | Tiene derecho a solicitar el acceso, oposición, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de sus datos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional:** | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: <https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/informacionadicionalseguridadysaludlaboral>  |