

**Documento de Rechazo de testeo
COVID-19 del trabajador/a
Programa de Vigilancia COVID-19**



En el marco del Programa de Vigilancia Covid 19 con brotes o conglomerados

YO:

RUT:

Trabajador/a de la empresa:

Dejo constancia que, tras haber sido informado del motivo del examen, el cual es sin costo para mí y para mi empleador, y que los resultados serán tratados de forma confidencial, desisto de forma voluntaria a su realización en el marco del testeo por brote o conglomerado COVID-19 del centro de trabajo donde me desempeño.

Fecha:

Nombre completo:

FIRMA

OAL/AD al que está afiliado el trabajador o trabajadora (Para llenar por OAL/AD):

OAL/AD a cargo del testeo: Mutual de Seguridad

