**DESISTIMIENTO DE LA PRACTICA DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO**

Bogotá D.C.

Fecha.

Señores:

Superintendencia de Industria y Comercio

Grupo de Administración de Personal, Grupo de Desarrollo de Talento Humano

**Asunto:** Examen médico ocupacional de Egreso

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con cédula de ciudadanía como aparece al pie de mi firma, quien desempeño funciones hasta la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_años\_\_\_\_\_\_ meses\_\_\_\_\_ días, en el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_manifiesto que por voluntad propia y por razones ajenas a la entidad desisto de mi derecho a realizarme el examen médico de egreso solicitado por la Entidad.

En constancia de lo anterior, firmo a conformidad,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO**

**NUMERO DE DOCUMENTO**

**CARGO**

**DEPENDENCIA**