



AUTORIZACION PARA LA OBTENCIÓN DE FOTOGRAFÍAS
ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL

Con fecha, _____ Yo, _____
rut _____, trabajador de la empresa _____, y en
representación de esta, ___ autorizo / ___ no autorizo al psicólogo
Sr./Sra. _____ rut _____ a tomar fotografías del
puesto y entorno de trabajo del empleado motivo de la realización de este Estudio de Puesto de
Trabajo, con el objetivo de complementar la información aportada por los testigos, para la
posterior calificación de la enfermedad profesional en estudio por parte del comité de salud
mental.

Nombre y firma