

Nota: Este formulario puede cumplimentarse electrónicamente e imprimirse una vez finalizado. Para ello sitúese en los campos en amarillo y vaya completando los datos. Una vez esté todo cumplimentado debe imprimirlo para no perder los cambios.

DATOS QUE DEBE FACILITAR LA EMPRESA EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre
 Apellidos
 C.C.C.

N.A.F.
 Fecha E.P.

MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA ADOPTADA POR LA EMPRESA

Puede seleccionar una o varias de las siguientes:

<input type="checkbox"/>	Asunción Personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención propio
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención ajeno
<input type="checkbox"/>	Trabajador/es designado/s
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención mancomunado
<input type="checkbox"/>	Ninguna / No Existe

CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN LABORAL

Por favor, respondan **SÍ** o **NO** a las siguientes preguntas:

¿Existe evaluación de riesgos del puesto de trabajo?	<input type="text"/>
¿Existe información a los representantes de trabajo en materia de seguridad e higiene en el trabajo?	<input type="text"/>
¿Se ha efectuado reconocimiento médico periódico?	<input type="text"/>
¿Existe informe de riesgo de Enfermedad Profesional por el empresario?	<input type="text"/>

CUESTIONARIO DE DATOS ECONÓMICOS

A) Base de Cotización Mensual

En el mes anterior
 Días cotizados

B) Base de Cotización Anual

Por horas extraordinarias
 Por otros conceptos

DATOS DE LA EMPRESA USUARIA O SUBCONTRATISTA

En caso de que el trabajador realice su actividad como subcontratado o cedido por ETT, indique los siguientes datos de la Empresa Usuaria o Subcontratista:

C.C.C. Razón social
 C.I.F. C.N.A.E. Plantilla

Modalidad de organización preventiva de la empresa usuaria o subcontratista:

<input type="checkbox"/>	Asunción Personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención propio
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención ajeno
<input type="checkbox"/>	Trabajador/es designado/s
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención mancomunado
<input type="checkbox"/>	Ninguna / No Existe

Cuestionario de Prevención Laboral para la empresa usuaria o subcontratista:

¿Existe evaluación de riesgos del puesto de trabajo?	<input type="text"/>
¿Existe información a los representantes de trabajo en materia de seguridad e higiene en el trabajo?	<input type="text"/>

Fecha

[]
 Sello de la Empresa