

D/D^a _____ con DNI/NIE _____
 en calidad de _____
 de la empresa _____ con CIF _____
 y domicilio en _____

CERTIFICA QUE SON CIERTOS LOS DATOS QUE A CONTINUACIÓN SE CONSIGNAN

DATOS PERSONALES Y LABORALES DE LA PERSONA TRABAJADORA

Nombre y apellidos	DNI/NIE	NAF	CCC
--------------------	---------	-----	-----

MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA ADOPTADA POR LA EMPRESA

Marque la opción u opciones que correspondan:

- Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa.
- Servicio de prevención propio.
- Servicio de prevención ajeno.
- Trabajador/es designado/s.
- Servicio de prevención mancomunado.
- Ninguna / No Existe.

CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN LABORAL

Responda SI o NO a las siguientes preguntas:

- ¿Existe evaluación de riesgos del puesto de trabajo? Sí No
- ¿Existe información a los representantes de trabajo en materia de seguridad e higiene en el trabajo? Sí No
- ¿Se ha efectuado reconocimiento médico periódico? Sí No
- ¿Existe informe de riesgo de Enfermedad Profesional por el empresario? Sí No

CUESTIONARIO ECONÓMICO

Contrato a tiempo completo	Año	Mes	Días	Base Cont. Comunes	Base Cont. Profesionales	Horas extras y otros conceptos (año anterior)
Cotizaciones del mes previo ⁽¹⁾ al mes de la baja médica						
Contrato a tiempo parcial (incluyendo fijos-discontinuos y agrarios por jornadas reales)	Año	Mes	Días	Base Cont. Comunes	Base Cont. Profesionales	Horas extras y otros conceptos (año anterior)
Cotizaciones de los 3 meses previos ⁽¹⁾ al mes de la baja médica						

Si la persona trabajadora cotiza por jornadas reales. Importe de la jornada real: _____ (€/día).

⁽¹⁾ Si la persona trabajadora hubiera sido dada de alta en la empresa en el mismo mes en que causó baja médica, se certificarán las cotizaciones entre el día de alta en la empresa y el día de la baja médica (ambos inclusive).
 Si la persona trabajadora hubiera sido dada de alta en la empresa en alguno de los meses cuyas bases se están certificando, se certificarán las cotizaciones entre el día de alta en la empresa y el último día del mes previo al de la baja médica.
 En caso de novación del contrato de la persona trabajadora, previo a la baja médica, se certificarán las cotizaciones a partir de dicha novación (aplicando las reglas anteriores como si la fecha de novación fuera la fecha de alta en la empresa).

DATOS DE LA EMPRESA USUARIA O SUBCONTRATISTA (cuando proceda)

Si se trata de una persona trabajadora subcontratada o cedida por ETT, indique los datos de la empresa usuaria o subcontratista:

Razón Social **CCC** **CIF** **CNAE** **Plantilla**

Modalidad de organización preventiva de la empresa usuaria o subcontratista

Marque la opción u opciones que correspondan:

- Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa.
- Servicio de prevención propio.
- Servicio de prevención ajeno.
- Trabajador/es designado/s.
- Servicio de prevención mancomunado.
- Ninguna / No Existe.

Cuestionario de Prevención Laboral para la empresa usuaria o subcontratista

Responda SI o NO a las siguientes preguntas:

- ¿Existe evaluación de riesgos del puesto de trabajo? Sí No
- ¿Existe información a los representantes de trabajo en materia de seguridad e higiene en el trabajo? Sí No

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma y sello de la empresa

IMPORTANTE

En base a lo dispuesto en el art. 37.3.d) del Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (RD 39/1997, de 17 de enero), le recomendamos que informe de esta posible enfermedad profesional a su Servicio de Prevención Propio.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

- Responsable de tratamiento:** Fraternidad-Muprespa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 275. Dirección de correo electrónico del Delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa: dpd@fraternidad.com.
- Finalidad:** Gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.
- Legitimación:** Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. Tratamiento necesario para la ejecución de un contrato.
- Destinatarios:** El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, así como Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social en cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y además se cederán o comunicarán a aquellos destinatarios que deban recibirlos en virtud de obligación legal o de las autorizaciones realizadas por la interesada.
- Derechos:** Puede ejercer los derechos de portabilidad, limitación, acceso, rectificación, supresión y oposición, así como no ser objeto de decisiones individualizadas, tal y cómo se explica en la información adicional.