



**Datos generales**

Nombre o razón social		Persona de contacto en temas de prevención de riesgos	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio social	Municipio	Cargo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Provincia	Código postal	Telefono	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actividad económica	C.N.A.E.	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nº de centros de trabajo	Nº de trabajadores	Entidad gestora o colaboradora A.T. y E.P.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Organización preventiva (La empresa dispone de la/s siguiente/s modalidad/es organizativa/s de los recursos para las actividades preventivas)**

<b>a) Asunción personal por el empresario</b>	<input type="checkbox"/>	<b>b) Designación de uno o varios trabajadores</b>	<input type="checkbox"/>		
Nombre del empresario	Nº de trabajadores designados según su formación de prevención		<input type="text"/>		
<input type="text"/>	Nivel básico	<input type="checkbox"/>	Nivel intermedio		
		<input type="checkbox"/>	Nivel superior		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>c) Servicio de Prevención Propio (SPP) o Servicio de Prevención Ajeno (SPA), especificar especialidades:</b>					
Especialidad	SPP	SPA	Nombre del SPA	Responsable del SPA	Telefono del SPA
Seguridad en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Higiene Industrial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergonomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vigilancia para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Gestión de la prevención**

¿La empresa dispone de evaluación de riesgos para todas las actividades objeto del contrato?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿La empresa ha efectuado una planificación preventiva en base a la evaluación de riesgos?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Se han identificado los riesgos tales como trabajo en altura, riesgos electricos, espacios confinados?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿La empresa dispone de un sistema de coordinación preventiva con sus contratistas? (art. 24 L.P.R.L.)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
A los trabajadores que realizarán actividades objeto del contrato o como usuario se le garantiza:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
La disposición y utilización de equipos de trabajo con marcado CE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vigilancia para la salud en función de los riesgos inherentes al trabajo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Formación preventiva	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Información preventiva sobre riesgos y medidas de prevención y protección	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Medidas de protección colectivas e individuales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Medidas de emergencia en el lugar de ejecución de los trabajos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Medidas ante riesgos graves e inminentes en el lugar de ejecución de los trabajos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿La empresa garantiza la protección de los trabajadores especialmente sensibles, maternidad y menores?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿La empresa ha realizado la auditoría legal de prevención de riesgos laborales?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**Accidentalidad**

**Accidentes de trabajo en los últimos 3 años**

AÑO	Indice de frecuencia	Indice de incidencia	Indice de gravedad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El abajo firmante se responsabiliza de la veracidad de todo lo cumplimentado en este formulario

Cumplimentado por	Cargo	Firma y Sello	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>