



Gobierno  
de La Rioja

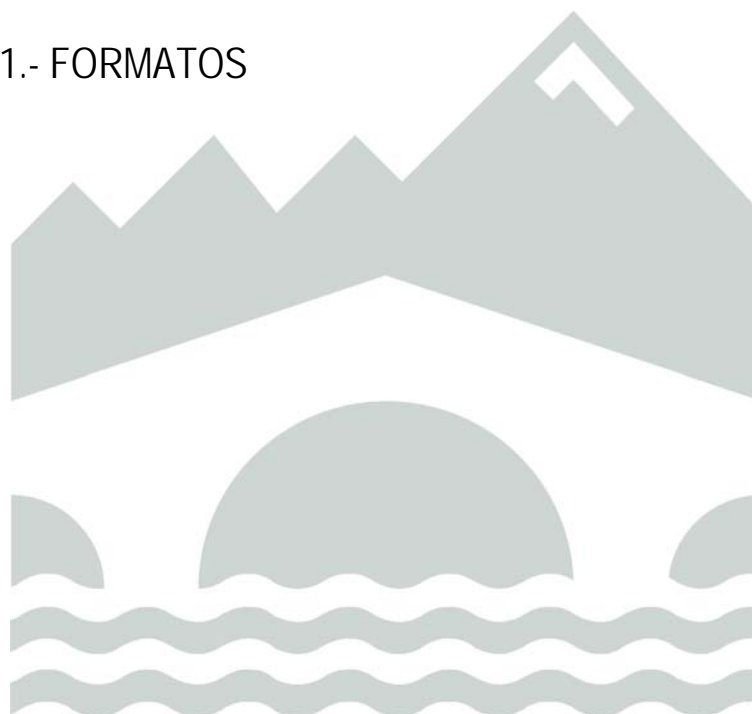
Obras Públicas, Política  
Local y Territorial

Urbanismo y Vivienda

Prado Viejo, 62 bis  
26071-Logroño. La Rioja.  
Teléfono: 941 291 100  
Fax: 941 291 778


Área de Minas

## ANEXO N° 1.- FORMATOS





ÍNDICE	
POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES .....	3
DIRECTOR FACULTATIVO.....	7
REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES.....	11
CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES .....	22
PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN PREVENTIVA .....	30
PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN .....	34
PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO .....	37
AUTORIZACIÓN .....	39
DIS .....	41
REGISTROS.....	44
PLAN DE REVISIONES Y MANTENIMIENTO .....	49
FORMACIÓN .....	51
INFORMACIÓN.....	55
VIGILANCIA DE LA SALUD.....	60
PRESUPUESTO ANUAL PARA LA ACTIVIDAD PREVENTIVA.....	65



# POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

ASUNTO: Prevención de Riesgos Laborales

Estimado Señor D.

Por todos es sabido que cuando ocurre un accidente, éste afecta de diversa forma tanto a la persona que lo sufre como a la empresa donde se produce.

Para la persona, las consecuencias son rápidamente visibles ya que en su mayor parte llevan aparejadas lesiones personales que van desde un simple corte hasta quedar incapacitado "de por vida", o la muerte en el peor de los casos.

Para la empresa las consecuencias no son tan evidentes, puesto que sus efectos son de índole técnica o económica (pérdida de la producción, averías en las máquinas e instalaciones, etc.) pero lo que sí queda claro es que cuando ocurre un accidente, todos salen perjudicados.

Con el fin de evitar al MÁXIMO que se produzcan accidentes, la empresa va a iniciar una serie de actuaciones, tendentes a disminuir los riesgos para la seguridad y la salud.

Para lo cual le hacemos llegar anexa a esta comunicación, la declaración de intenciones de la empresa.

Lógicamente, aún cuando la actuación corresponde en su mayor parte a la empresa, esta sugiere la máxima colaboración de cada uno de los componentes de la misma, ya que como mejores conocedores de su lugar de trabajo pueden señalar las deficiencias que hay en los mismos.

Agradecemos de antemano esta colaboración, que no dudamos se producirá, en bien de todos.

Reciba un cordial saludo:

Empresa:

p.p.

Director Gerente

Recibí la notificación el día      de      de

D.

Firma del Trabajador

## DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La Dirección de la Empresa, consciente de que la Prevención de Riesgos Laborales es tan importante como la Producción, está potenciando al máximo este servicio, cuya meta es la mejora de las condiciones de trabajo y la reducción de la accidentalidad, dotando a la empresa de los medios humanos y materiales necesarios. Además, considera imprescindible que la política de Prevención de Riesgos de la empresa esté basada en los siguientes criterios:

El elemento humano es la base de la empresa, por lo cual su cuidado constituye un constante desvelo por parte de ésta.

La Prevención de Riesgos Laborales constituye una responsabilidad común de todos los trabajadores y su cuantía está en función del nivel jerárquico que cada cual ocupe dentro del organigrama de la empresa.

El comportamiento en el aspecto de la seguridad y salud debe ser una línea de conducta, que si bien toma relevancia en la línea de mando, ha de constituir un sentir necesario a todos.

Las prácticas de prevención, encuadradas dentro del marco general de la Seguridad y la Salud de los trabajadores, constituyen una obligación de los hombres, en sus aspectos moral y humano.

La materialización o no, de un accidente, no debe considerarse como cuestión de azar, sino como resultado de uno o varios condicionantes, en los que la voluntad de actuar de acuerdo con las Normas de Seguridad, juega un papel fundamental.

La meta que la empresa persigue, dentro del ámbito de la Prevención de Riesgos Laborales, es activar y potenciar el sentimiento y espíritu de seguridad de todos, que sin duda conduce a optimizar las condiciones de trabajo, tendentes a alcanzar el fundamental objetivo de mantener la integridad y salud de sus trabajadores.

Por ello y cumpliendo con las obligaciones que la legislación impone se ha elaborado el presente Documento de Seguridad en el que nos fijamos unos objetivos concretos, para un plazo de        año        y en la perspectiva de continuar con la elaboración de otros documentos que nos hagan acreedores de una valoración cada vez más positiva, siguiendo los criterios de evaluación empleados por:

El objetivo de carácter general que nos hemos marcado, se podría fijar bajo el lema

### **"HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO Y AGRADABLE PARA TODOS"**

Y para que este lema concuerde con nuestra actividad diaria, reconocemos y asumimos que:

**El accidente es evitable.** Los accidentes que deterioran nuestra empresa, no suceden de forma fortuita, son causados y producen importantes trastornos.

Los accidentes se generan por condiciones inseguras de las instalaciones y/o por actos inseguros de los trabajadores.

Se nos plantea entonces, quiénes son los que deben observar estos actos y condiciones inseguras y ponerles remedio. Pues bien, del mismo modo que no tiene sentido preocuparse por el producto fabricado y no hacerlo por la calidad y los costes, tampoco tiene sentido responsabilizarse de las materias primas y las máquinas, y no hacerlo de los que las manejan y pertenecen a nuestro equipo de trabajo. Todo trabajo lleva implícita la seguridad en su ejecución.

Por este motivo, deben de ser los mandos que disponen, ejecutan y supervisan los trabajos, quiénes están en mejor disposición para que los mismos se desarrollen con las medidas idóneas de prevención.

Esto, no obstante, no significa que solamente los mandos son responsables de los actos inseguros de sus inferiores.

Es importante que cada operario comprenda que la responsabilidad de su propia seguridad forma parte de las exigencias de su puesto de trabajo.

A estos efectos, la Dirección de la Empresa tiene la firme voluntad de hacer cumplir las normas de seguridad a todos los trabajadores de la empresa, ya que ello sólo beneficios puede reportar para todos.

Para ir en la dirección que apuntan estos principios, el Documento de Seguridad y Salud, recoge como objetivos, la realización de una serie de acciones tendentes a eliminar o reducir los riesgos y a mejorar las condiciones de trabajo en cada uno de los puestos de trabajo existentes dentro de la empresa

Por último, decir que todos estamos involucrados en la consecución de los objetivos fijados en este Documento de Seguridad y Salud.

Por ello, esperamos que este documento sea para cada trabajador, al igual que lo será para nosotros, un instrumento habitual de trabajo que contribuya a la eliminación de accidentes y a la humanización del trabajo.

Es un esfuerzo que vale la pena y que desde ahora agradecemos.

Empresa

p.p.

Director Gerente

Recibí la notificación el día        de        de

D.

Firma del Trabajador

## DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La Dirección de la Empresa, consciente de que la Prevención de Riesgos Laborales es tan importante como la Producción y considerando que el capital más importante de la empresa es su personal, manifiesta que los principios fundamentales de la Seguridad y Salud en la empresa, se inspiran en las siguientes consideraciones:

La prevención de riesgos laborales se entiende como un factor estratégico de la empresa, de cara a su desarrollo.

La prevención de riesgos laborales es una exigencia de actuación que rebasa el mero cumplimiento formal de un conjunto de normas legales, entendiéndolo como un deber y una obligación de la empresa asumiendo este deber como propio, con el objetivo de mejorar las condiciones de trabajo y preservar la seguridad y la salud de todos los trabajadores de la empresa. Para ello se han dispuesto los medios humanos y materiales necesarios, con el fin de alcanzar los objetivos fijados en el documento de seguridad y salud que anualmente se elaborará.

Las actuaciones en seguridad y salud formarán parte de todas las funciones, tareas y operaciones realizadas en la empresa.

Las acciones preventivas han de entenderse no sólo como el cumplimiento de determinadas normas, sino como un esfuerzo continuo, de forma que el cumplimiento de estos objetivos de seguridad y salud esté integrado en todas las acciones que se realicen u ordenen dentro del ámbito de la empresa.

Por ello, y cumpliendo con las obligaciones que la legislación impone, se ha elaborado el presente Documento de Seguridad en el que nos fijamos unos objetivos concretos, para un plazo de        año        y en la perspectiva de continuar con la elaboración de otros documentos que nos hagan acreedores de una valoración cada vez más positiva, siguiendo los criterios de evaluación empleados por:

El objetivo de carácter general que nos hemos marcado, se podría fijar bajo el lema

"HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO Y AGRADABLE PARA TODOS"

Y para que este lema concuerde con nuestra actividad diaria, reconocemos y asumimos que:

**El accidente es evitable.** Los accidentes que deterioran nuestra empresa, no suceden de forma fortuita, son causados y producen importantes trastornos.

Los accidentes se generan por condiciones inseguras de las instalaciones y/o por actos inseguros de los trabajadores.

Por este motivo, deben de ser los mandos que disponen, ejecutan y supervisan los trabajos, quienes están en mejor disposición para que los mismos se desarrollen con las medidas idóneas de prevención.

Esto, no obstante, no significa que solamente los mandos son responsables de los actos inseguros de sus inferiores.

Es importante que cada operario comprenda que la responsabilidad de su propia seguridad forma parte de las exigencias de su puesto de trabajo.

A estos efectos, la Dirección de la Empresa tiene la firme voluntad de hacer cumplir las normas de seguridad a todos los trabajadores de la empresa, ya que ello sólo beneficios puede reportar para todos.

Para ir en la dirección que apuntan estos principios, el Documento de Seguridad y Salud, recoge como objetivos, la realización de una serie de acciones tendentes a eliminar o reducir los riesgos y a mejorar las condiciones de trabajo en cada uno de los puestos de trabajo existentes dentro de la empresa.

Por ello, esperamos que este documento sea para cada trabajador, al igual que lo será para nosotros, un instrumento habitual de trabajo que contribuya a la eliminación de accidentes y a la humanización del trabajo.

Es un esfuerzo que vale la pena y que desde ahora agradecemos.

Empresa

p.p.

\_\_\_\_\_  
Director Gerente

Recibí la notificación el día        de        de

D.

Firma del Trabajador



DIRECTOR FACULTATIVO

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: NOMBRAMIENTO DE DIRECTOR FACULTATIVO

DE UNA PARTE

D. en representación de la mercantil con CIF: , domiciliada en , en Avda./Calle/Plaza nº Código Postal y teléfono , como explotador de la explotación de titulada ubicada en el término municipal de

Y DE OTRA

D. en representación de la mercantil, domiciliada en , en Avda./Calle/Plaza nº Código Postal y teléfono , inscrita con el nº en el Registro de empresas de voladuras especiales del Área de Minas de la Dirección General de Política Territorial del Gobierno de La Rioja.

ACUERDAN:

Que para realizar los trabajos de necesarios para la explotación de , la empresa , contrata a la empresa , para la prestación de servicios de estos trabajos, y reconocen y proponen como Director Facultativo de estos trabajos al Director Facultativo de la explotación:

D. colegiado nº del Colegio de , domiciliado en , en Avda./Calle/Plaza nº Código Postal y teléfono , el cual ACEPTA el cargo, a los efectos prevenidos en el punto 5 de la instrucción Técnica Complementaria 02.0.01 "Directores Facultativos" del Reglamento General de Normas Básicas de Seguridad Minera.

La Rioja, a de de

POR LA EMPRESA EXPLOTADORA

POR LA EMPRESA DE VOLADURAS

Fdo.:

Cargo:

Fdo.:

Cargo:

ACEPTO EL CARGO

Fdo.:

Director Facultativo de Explotación



## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: NOMBRAMIENTO DE DIRECTOR FACULTATIVO

DE UNA PARTE

D. en representación de la mercantil con CIF , domiciliada en , en Avda./Calle/Plaza nº Código Postal y teléfono , como explotador de la explotación de titulada ubicada en el término municipal de

Y DE OTRA

D. en representación de la mercantil, domiciliada en , en Avda./Calle/Plaza nº Código Postal y teléfono , inscrita con el nº en el Registro de empresas de voladuras especiales del Área de Minas de la Dirección General de Política Territorial del Gobierno de La Rioja.

ACUERDAN:

Que para realizar los trabajos de necesarios para la explotación de , la empresa , contrata a la empresa , para la prestación de servicios de estos trabajos, y reconocen y proponen como Director Facultativo de estos trabajos a D. colegiado nº del Colegio de , domiciliado en , en Avda./calle/Plaza nº Código Postal y teléfono , el cual ACEPTA el cargo y reconoce que está bajo la dependencia de D. , como Director Facultativo de , colegiado nº del Colegio de , a los efectos prevenidos en el punto 5 de la instrucción Técnica Complementaria 02.0.01 "Directores Facultativos" del Reglamento General de Normas Básicas de Seguridad Minera.

La Rioja, a de del

POR LA EMPRESA EXPLOTADORA

POR LA EMPRESA CONTRATADA

Fdo.:

Cargo:

Fdo.:

Cargo:

Vº Bº Y CONFORME

ACEPTO EL CARGO

Fdo.:

Director Facultativo de explotación

Fdo.:

Director Facultativo de los trabajos

D. titular de la explotación denominada ubicada en el término municipal de cuyo representante autorizado es D. , con DNI. con cargo de propone como Director Facultativo de la misma y de todas sus instalaciones a

D. , con DNI. y domicilio , población provincia de ,

C. P. , teléfono / , el cual acepta el cargo de Director Facultativo, a los efectos y cumpliendo todos los requisitos establecidos en la Ley de Minas de 21 de julio de 1973, Reglamento General para el Régimen de la Minería aprobado por Real Decreto 2857/1978 de 25 de agosto, y Reglamento General de Normas Básicas de Seguridad Minera aprobado por Real Decreto 863/1985 de 2 de abril, y sus Instrucciones Técnicas Complementarias, en particular la ITC MIE SM 02.0.01 "Directores Facultativos".

En , a de de 20

EL EXPLOTADOR  
(o representante autorizado)

EL DIRECTOR FACULTATIVO

Fdo

Fdo.:

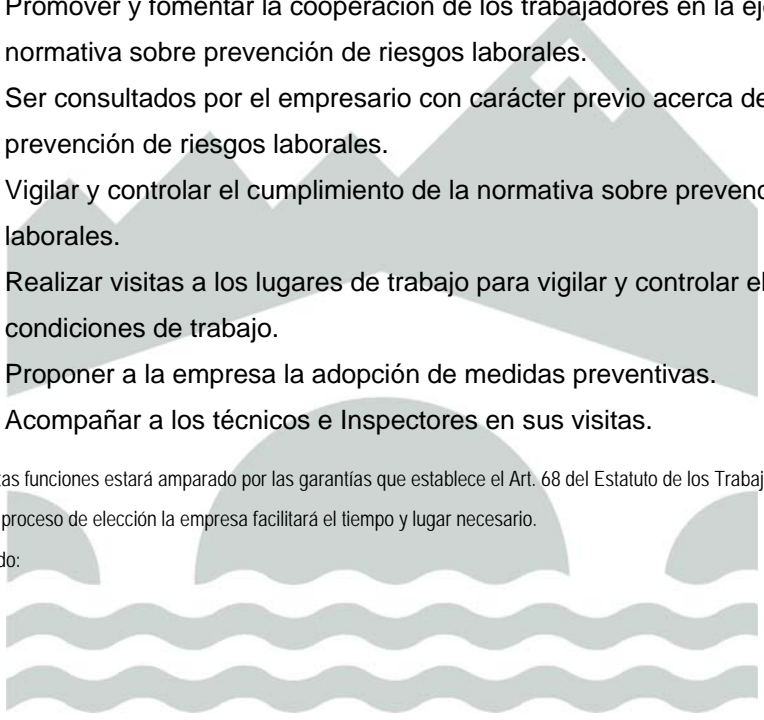
Sello de entrada  
en el Registro

Sello del Colegio Oficial  
correspondiente

ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE URBANISMO Y VIVIENDA. LA RIOJA

A stylized, light gray graphic of a house with a gabled roof and a chimney. Below the house is a semi-circle representing the sun, and at the bottom are three wavy lines representing water. A dark gray horizontal bar is superimposed over the middle of the house.

## REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	Información elección de Representante/es de los trabajadores y Delegado/os de Prevención
<p>Estimado Señor</p> <p>En cumplimiento del deber de información recogido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, le comunicamos que los trabajadores de esta empresa (o centro de trabajo) tienen derecho a la elección de Representante/es de los trabajadores y Delegado/os de Prevención.</p> <p>Para su información, le resumo las características del Delegado de Prevención.</p> <p>Son representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales.</p> <p>Será elegido POR y ENTRE los representantes de los trabajadores y entre sus competencias y funciones están:</p> <p>Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.</li> <li>▪ Ser consultados por el empresario con carácter previo acerca de las decisiones sobre prevención de riesgos laborales.</li> <li>▪ Vigilar y controlar el cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.</li> <li>▪ Realizar visitas a los lugares de trabajo para vigilar y controlar el estado de las condiciones de trabajo.</li> <li>▪ Proponer a la empresa la adopción de medidas preventivas.</li> <li>▪ Acompañar a los técnicos e Inspectores en sus visitas.</li> </ul> <p>Para el ejercicio de estas funciones estará amparado por las garantías que establece el Art. 68 del Estatuto de los Trabajadores.</p> <p>Para la realización del proceso de elección la empresa facilitará el tiempo y lugar necesario.</p> <p>Reciba un cordial saludo:</p> <p>Empresa p.p.</p>  <p>Director Gerente</p> <p>Recibí la notificación el día     de     de D.</p> <p>Firma del Trabajador</p>		

<b>EMPRESA</b>		<b>REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES</b>						
		Nº REGISTRO						
		ASUNTO		ACTA DE ELECCIÓN DE DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN				
Nº de Acta <input type="checkbox"/>		Fecha de votación						
CENTRO DE TRABAJO/UNIDAD ELECTORAL								
Nombre		C.I.F.						
Dirección								
Municipio		Comarca						
Provincia		Código Postal		Teléfono				
Actividad económica principal (CNAE)								
Número de inscripción en la Seguridad Social		/		Convenio				
EMPRESA (si es diferente del centro de trabajo)								
Nombre o razón social		C.I.F. o DNI.						
Domicilio								
Municipio		Provincia						
DATOS REFERIDOS A LAS ÚLTIMAS ELECCIONES SINDICALES								
Nº de Acta <input type="checkbox"/>		Fecha de votación <input type="checkbox"/>						
NÚMERO DE DELEGADOS DE PREVENCIÓN								
MÉTODO DE ELECCIÓN								
<input type="checkbox"/> Entre Delegados/Miembros del Comité		Número						
<input type="checkbox"/> Directo por trabajadores		Número						
(cuando no hay representación, Adicional 4ª de la L.P.R.L.)								
<input type="checkbox"/> Otro sistema		Número						
(por convenio o acuerdo, artículo 35.4 L.P.R.L.)								
DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN ELEGIDOS/AS								
D.N.I.	<b>Nombre y apellidos</b>	Nombre de la organización	SEXO	DÍA	MES	AÑO	Antigüedad MESES	VOTOS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Los abajo firmantes, certificamos la veracidad de los datos referidos a la elección de Delegados de Prevención en el mencionado Centro de Trabajo.								
D/Dª	D/Dª	D/Dª						
<input type="checkbox"/> Presidente/a del Comité de Empresa	<input type="checkbox"/> Secretario/a del Comité de Empresa							
<input type="checkbox"/> Delegado/a de Personal 1	<input type="checkbox"/> Delegado/a de Personal 2		<input type="checkbox"/> Delegado/a de Personal 3					
<input type="checkbox"/> Presidente/a de la Mesa (adicional 4ª)								
(Firma)			(Firma)			(Firma)		
DNI.			DNI.			DNI.		

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES											
	Nº REGISTRO											
	ASUNTO	Comunicación designación de Delegados de Prevención										
<p>Estimado Señor</p> <p>Conforme a las atribuciones que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales nos confiere y en cumplimiento de los artículos 34 y 35 de la misma, le comunicamos que los representantes de los trabajadores hemos decidido designar, como Delegados de Prevención a las siguientes personas:</p> <table border="0"> <tr> <td>NOMBRE Y APELLIDOS</td> <td>DNI.</td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Lo que le comunicamos a los efectos oportunos, establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>Atentamente:</p> <p>Firmas de los Delegados de Prevención elegidos</p>			NOMBRE Y APELLIDOS	DNI.	D.		D.		D.		D.	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI.											
D.												
D.												
D.												
D.												
<p>Recibí la notificación el día      de      de</p> <p>D.</p> <p>Firma del Empresario o responsable</p>												

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	Comunicación de la aceptación del cargo como Delegado de Prevención
<p>Estimado Señor</p> <p>Conforme a las atribuciones que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales me confiere y en cumplimiento del Art. 35.2 de la misma, le comunico que, como Representante de los Trabajadores, asumo el cargo de Delegado de Prevención.</p> <p>Lo que le comunico a los efectos oportunos, establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.</p> <p>Atentamente:</p> <p>D.</p> <p>Firma del Delegado de Prevención elegido</p>		
<p>Recibí la notificación el día      de      de</p> <p>D.</p> <p>Firma del Empresario o responsable</p>		

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	Solicitud de informe al Delegado de Prevención

Sr./Sres. Delegado/s de Prevención:

En cumplimiento del Art. 33 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, sobre consulta de los trabajadores, le pedimos informe sobre el siguiente asunto:

ASUNTO:

Le recordamos así mismo que el informe deberá ser emitido antes de \_ días (15 días para casos generales o fecha a determinar de común acuerdo en casos específicos) contados desde la fecha del recibo de esta comunicación.

Reciba un cordial saludo:

p.p.

---

Recibí la consulta el día        de        de

D.

Firma del Delegado de Prevención



EMPRESA		REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
		Nº REGISTRO	
		ASUNTO	Petición del Delegado de Prevención al Empresario para la adopción de medidas de seguridad
<p>Centro de trabajo</p> <p>INFORME DEL DELEGADO DE PREVENCIÓN</p> <p>DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:</p> <p>MEDIDAS DE PREVENCIÓN PROPUESTAS:</p>			
<p>RECIBÍ, EL EMPRESARIO</p> <p>Nombre: _____ Firmado: _____</p> <p>Fecha: _____</p>			
<p>INFORME, AL ENCARGADO</p> <p>Nombre: _____ Firmado: _____</p> <p>Fecha: _____</p>			
<p>OBSERVACIONES:</p>			
<p>INFORME DEL DIRECTOR FACULTATIVO</p> <p>Nombre: _____ Firmado: _____</p> <p>Fecha: _____</p>			
<p>OBSERVACIONES:</p>			
Actuación	Fecha	Responsable	Firma
Solucionado por:			
Genera petición de trabajo a:			
Precisa asesoramiento:			
Precisa elaboración de norma y procedimiento de trabajo:			
Otras (indíquese):			

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	Informe del Delegado de Prevención

Fecha de elaboración del Informe                            /   /

Estimado Sr./Sres.:

**En relación con el asunto consultado y en cumplimiento con lo establecido en:**

el Art.  33  36.3 de la L.P.R.L. (Márquese el que proceda)

ASUNTO: *(sólo título del asunto)* \_\_\_\_\_

**INFORME DEL DELEGADO DE PREVENCIÓN**

Atentamente:

D \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Delegado de Prevención

---

Recibí el informe el día       de       de

D. \_\_\_\_\_

Firma del Empresario o responsable

REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
<b>EMPRESA</b>	Nº REGISTRO
	ASUNTO
Nombramiento del representante de la empresa en el Comité de Seguridad y Salud	
<p><b>Estimado señor:</b></p> <p>En cumplimiento de los artículos 38 y 39 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, le comunico que ha sido elegido como representante de la empresa en el Comité de Seguridad y Salud, con las facultades y competencias que la Ley establece en el Art. 39 para el citado órgano colegiado.</p> <p>No obstante, la empresa se compromete a ayudarlo y facilitarle la información necesaria en aquellos asuntos en los que sea preciso, para el desarrollo responsable de esta designación.</p> <p>Poniéndonos a su disposición para cualquier aclaración o sugerencia que estime oportuna sobre el particular.</p> <p>Reciba un cordial saludo:</p> <p>Empresa p.p. Director Gerente</p> <hr/> <p>Recibí el nombramiento el día      de      de</p> <p>D.</p> <p>Firma</p>	

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	Designación de los representantes de la Dirección de la Empresa en el Comité de Seguridad y Salud.
<p>A/A Sr. Delegado de Prevención</p> <p>D.    a    de    de</p> <p><b>Asunto:</b> Designación de los representantes de la Dirección de la Empresa en el Comité de Seguridad y Salud.</p> <p>En cumplimiento de lo establecido en el Art. 38 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la empresa ha decidido designar como representantes en el Comité de Seguridad y Salud a los siguientes miembros:</p> <p>D.</p> <p>D.</p> <p>D.</p> <p>Al mismo tiempo proponemos para el día    /    /    a las    horas, la celebración de una reunión con el siguiente orden del día:</p> <p>1.- Constitución del Comité de Seguridad y Salud.</p> <p>A la misma deberán asistir los DELEGADOS DE PREVENCIÓN designados.</p> <p>Fdo.:</p>		
<p>Recibí notificación el día    de    de</p> <p>D.</p> <p>Firma del Delegado de Prevención</p>		

EMPRESA	REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD
En a de de		
Empresa:		
Centro de Trabajo:		
Orden del día:		
1.- Constitución del Comité de Seguridad y Salud		
Asistentes:		
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 38 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, reunidos en calidad de DELEGADOS DE PREVENCIÓN:</p> <p>D. con DNI.</p> <p>D. con DNI.</p> <p>D. con DNI.</p> <p>Y como miembros designados en representación de la Dirección de la Empresa:</p> <p>D. con DNI.</p> <p>D. con DNI.</p> <p>D. con DNI.</p> <p>Declaran constituido el Comité de Seguridad y Salud que desarrollará su actividad con las competencias y facultades otorgadas en el Artículo 39 de la Ley 31/1995.</p> <p>Firma de los asistentes:</p>		

A stylized, light gray illustration of a house with a gabled roof and a chimney. Below the house, there is a large semi-circle representing the sun, and below that, three wavy lines representing water or waves.

## CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

EMPRESA		CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
		Nº REGISTRO	
		ASUNTO	CONSULTA A TRABAJADORES O A DELEGADO DE PREVENCIÓN SOBRE NOMBRAMIENTOS
Sr. D.			
Fecha     /     /			
ASUNTO: Nombramiento de Persona Responsable y Vigilante de Seguridad y Salud			
Estimado Sr.			
De acuerdo con lo establecido en el Punto 1.2º y 1.3º del R.D. 1389/1997 sobre disposiciones mínimas destinadas a proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en las actividades mineras, la Dirección de la empresa ha decidido proponer como:			
Persona responsable a:			
Nombre y Apellidos		Categoría Profesional	Antigüedad (en años)
Vigilante de seguridad y salud a:			
Nombre y Apellidos		Categoría Profesional	Antigüedad (en años)
Formación específica en Prevención de Riesgos Laborales			
Entidad Acreditada que la impartió:		Nº acreditación	
Por entender que reúnen las condiciones, aptitudes y formación necesaria para desarrollar dichas funciones. A la espera de que dicha propuesta sea aceptada y poniéndonos a su disposición para cualquier aclaración que estime oportuna a este asunto, le saluda atentamente:			
<b>Empresa</b> <b>p.p.</b>			
Recibí el día     de     de			
D.			
Firma			

<b>EMPRESA</b>	<b>CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES</b>	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	CONSULTA DE DESIGNACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE Y/O DE VIGILANTE DE SEGURIDAD Y SALUD

Sr.      Fecha:

Estimado Sr.:

De acuerdo con lo establecido en el Punto 1.2º y 1.3º del R.D. 1389/1997 sobre disposiciones mínimas destinadas a proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en las actividades mineras Le comunicamos que ha sido designado como:

Persona responsable                        
 Encargado General                          
 Encargado de Cantera                      
**Encargado de Planta**                      
**Vigilante de seguridad y salud**     

(marcar con una x lo que proceda)

**A partir de la fecha de aceptación recibirá instrucciones concretas en relación con sus funciones, así como los medios materiales para poder llevarlas a buen fin.**

Así mismo, debemos informarle que su designación ha sido consultada previamente con los representantes de los trabajadores siendo informada por ellos *(favorable o no favorablemente según proceda)*, quedando a su disposición para cualquier aclaración o sugerencia que estime oportuna y en la confianza de que desarrollará su función de forma responsable y satisfactoria para todos, le saluda atentamente:

**Empresa**  
p.p.

---

Recibí y acepté el día      de      de

D.

Firma



EMPRESA	CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	CONSULTA A DELEGADO DE PREVENCIÓN SOBRE LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD PREVENTIVA DESIGNACIÓN DE TRABAJADORES

Sr. D.

Fecha     /     /

ASUNTO: Elección de la Modalidad Preventiva

Estimado Sr.

De acuerdo con lo establecido en el Art. 30.1 de la L.P.R.L. sobre protección y prevención de riesgos profesionales, la Dirección de la empresa ha decidido elegir la modalidad de Designación de Trabajadores, cuyos nombres son:

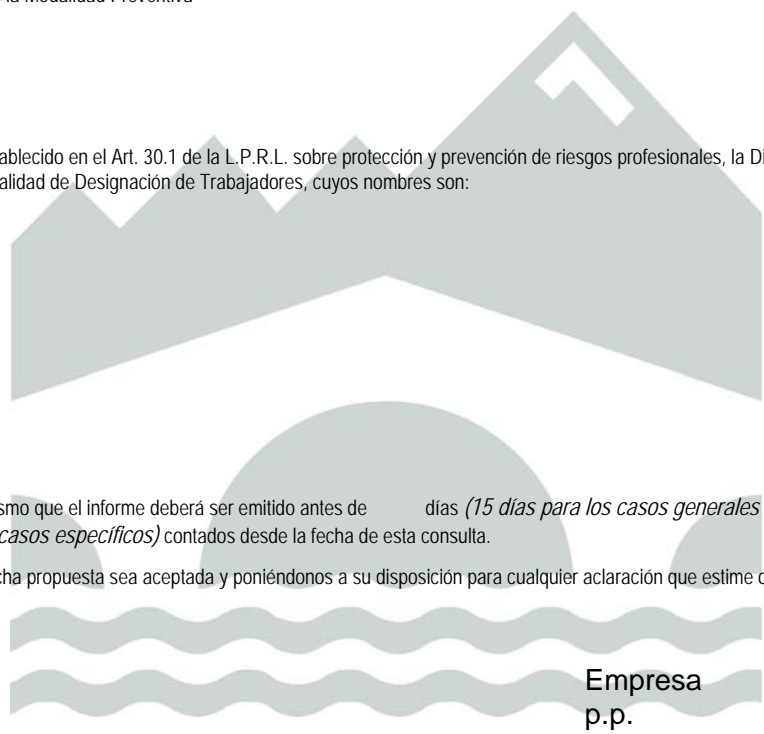
D.     D.N.I.

D.     D.N.I.

D.     D.N.I.

Le recordamos así mismo que el informe deberá ser emitido antes de     días (*15 días para los casos generales o fecha a determinar de común acuerdo en casos específicos*) contados desde la fecha de esta consulta.

A la espera de que dicha propuesta sea aceptada y poniéndonos a su disposición para cualquier aclaración que estime oportuna a este asunto, le saluda atentamente:



Recibí el día     de     de

D.

Firma

EMPRESA	CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	CONSULTA A DELEGADO DE PREVENCIÓN SOBRE LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD PREVENTIVA SERVICIO DE PREVENCIÓN PROPIO

Sr. D.

Fecha     /     /

ASUNTO: Elección de la Modalidad Preventiva

Estimado Sr.

De acuerdo con lo establecido en el Art. 30.1 de la L.P.R.L. sobre protección y prevención de riesgos profesionales, la Dirección de la empresa ha decidido elegir la modalidad de Servicio de Prevención Propio, asumiendo las siguientes especialidades y con los siguientes responsables:

	SÍ	NO	Nombre	Apellidos
Medicina del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable:	
Seguridad en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable:	
Higiene industrial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable	
Ergonomía y psicología aplicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable	

Le recordamos así mismo que el informe deberá ser emitido antes de     días (*15 días para los casos generales o fecha a determinar de común acuerdo en casos específicos*) contados desde la fecha de esta consulta.

A la espera de que dicha propuesta sea aceptada y poniéndonos a su disposición para cualquier aclaración que estime oportuna a este asunto, le saluda atentamente:

**Empresa**  
p.p.

---

Recibí el día     de     de

D.

Firma

EMPRESA	CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	CONSULTA A DELEGADO DE PREVENCIÓN SOBRE LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD PREVENTIVA SERVICIO DE PREVENCIÓN AJENO

Sr. D.

Fecha     /     /

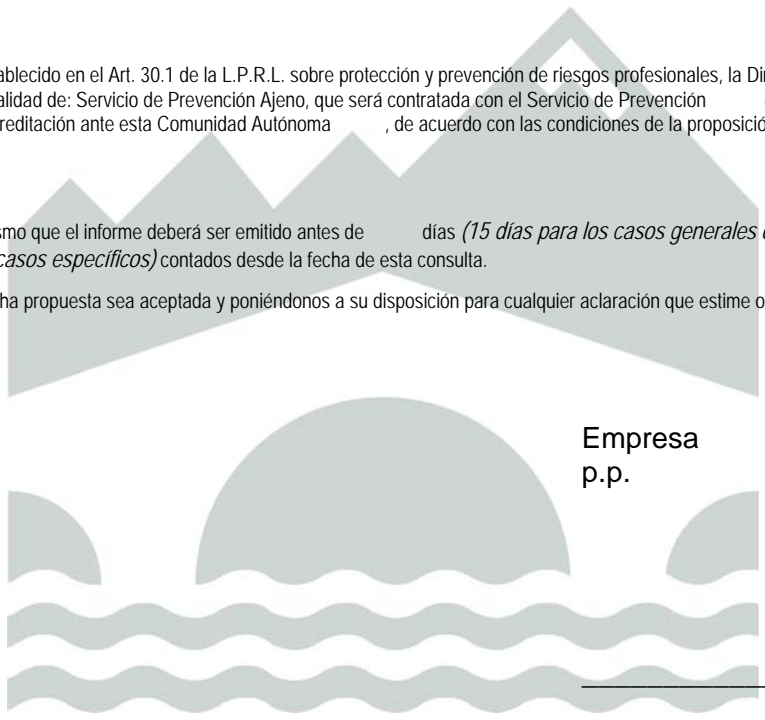
ASUNTO: Elección de la Modalidad Preventiva

Estimado Sr.

De acuerdo con lo establecido en el Art. 30.1 de la L.P.R.L. sobre protección y prevención de riesgos profesionales, la Dirección de la empresa ha decidido elegir la modalidad de: Servicio de Prevención Ajeno, que será contratada con el Servicio de Prevención                    con número de autorización                    y número de acreditación ante esta Comunidad Autónoma                   , de acuerdo con las condiciones de la proposición de contrato que se adjuntan a esta consulta previa.

Le recordamos así mismo que el informe deberá ser emitido antes de                    días (*15 días para los casos generales o fecha a determinar de común acuerdo en casos específicos*) contados desde la fecha de esta consulta.

A la espera de que dicha propuesta sea aceptada y poniéndonos a su disposición para cualquier aclaración que estime oportuna a este asunto, le saluda atentamente:



Empresa  
p.p.

---

Recibí el día     de     de

D.

Firma

EMPRESA	CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	ASIGNACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS A LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Para la realización de las medidas de prevención propuestas en este documento de seguridad y salud la empresa destina un presupuesto de:  
 €

Distribuidas en las partidas globales, que se definen a continuación:

Servicio de Prevención Ajeno.	€
Trabajadores propios (especificar tiempo- mes).	€
Medidas del Plan de Prevención.	€
Equipos de Protección Individual.	€
Formación e Información.	€
Inspecciones O.C.A.	€
Asistencia ferias prevención riesgos laborales.	€
Aparatos de medición y toma de muestras.	€
Ajustes y calibraciones periódicas de los equipos.	€
Otros (especificar).	€
<b>IMPORTE TOTAL</b>	
	€

De este concepto se ha dado conocimiento y consultado a los trabajadores o a los representantes de los trabajadores.

Empresa  
p.p.

---

Recibí el día    de    de

D.

Firma

EMPRESA	CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	ENTREGA DE RESPONSABILIDADES

Sr.

En        a        de        del 2

Muy Señor/a Nuestro/a:

Conforme a lo recogido en nuestro Manual de Seguridad de nuestro Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales. Las responsabilidades que le afectan son:

(RESPONSABILIDADES)

Sin otro particular y rogando firmen el duplicado de esta carta como acuse de recibo, aprovechamos la ocasión para saludarles atentamente.

Por favor Firma este recibí

Firmado en        , el día        Fdo. D.



# PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN PREVENTIVA

PLAN DE PREVENCIÓN													
(EMPRESA)		(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)					Fecha de realización:     /     /			Hoja			
							Realizado por:			de			
Puesto de trabajo	Nº Trab.	Cód. Riesgo	Riesgo	Prob.	Cons.	Riesgo	Actuación propuesta	Importe €.	Fecha de inicio	Fecha final	Responsable de la ejecución		
Observaciones													
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN Apellidos    Nombre    DNI Titulación: Empresa:									Firma:				
REPRESENTANTES DE LA EMPRESA Nombre y apellidos						Fecha Firma	REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES Nombre y apellidos						Fecha Firma
_____						_____	_____						_____
_____						_____	_____						_____
_____						_____	_____						_____

(EMPRESA)		PLAN DE PREVENCIÓN								Hoja de
		(EXPLORACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)						Fecha de realización:    /    / Realizado por:		
Puesto de trabajo	Nº Trab.	Cód. Riesgo	Riesgo	Valor IR (1)	Clasificación del Riesgo	Actuación propuesta	Importe €.	Fecha de inicio	Fecha final	Responsable ejecución
Observaciones										
<b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN</b> Apellidos                      Nombre                      DNI Titulación: Empresa							Firma:			
<b>REPRESENTANTES DE LA EMPRESA</b>			Fecha				<b>REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES</b>		Fecha	
Nombre y apellidos			Firma				Nombre y apellidos		Firma	
_____			_____				_____		_____	
_____			_____				_____		_____	
_____			_____				_____		_____	



(EMPRESA)	PLAN DE PREVENCIÓN: Cronograma de actuación												Hoja de				
	(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)						Fecha de realización:    /    / Realizado por:										
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
Nº ACTUACIONES																	
Observaciones:																	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN		Nombre						DNI						Firma:			
Apellidos																	
Titulación:																	
Empresa:																	
REPRESENTANTES DE LA EMPRESA					Fecha				REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES					Fecha			
Nombre y apellidos					Firma				Nombre y apellidos					Firma			
					_____									_____			
					_____									_____			
					_____									_____			



# PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN

NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA	<b>PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN</b>	Página      de
		Revisión:
	(TÍTULO)	Nº Registro:

ÍNDICE

OBJETO

ÁMBITO DE APLICACIÓN

CONTENIDO



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma	Firma	Firma

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO			
Versión / Revisión	Fecha Edición	Apartados Afectados	Razón del cambio


NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA	<b>PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN</b>	Página      de
		Revisión
	VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE PREVENCIÓN POR LAS EMPRESAS CONTRATADAS O SUBCONTRATADAS	Nº Registro:

ÍNDICE

OBJETO

ÁMBITO DE APLICACIÓN

CONTENIDO



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma	Firma	Firma

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO			
Versión / Revisión	Fecha Edición	Apartados Afectados	Razón del cambio



# PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO


NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA	<b>PROCEDIMIENTO DE TRABAJO</b>	Página      de
		Revisión
	(TÍTULO)	Nº Registro:

ÍNDICE

OBJETO

ÁMBITO DE APLICACIÓN

CONTENIDO



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma	Firma	Firma

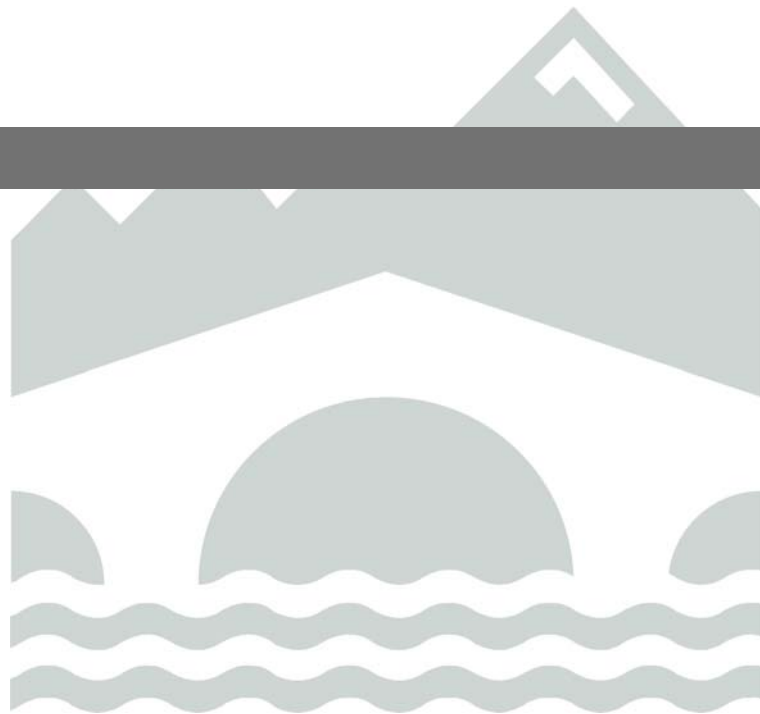
HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO			
Versión / Revisión	Fecha Edición	Apartados Afectados	Razón del cambio



# AUTORIZACIÓN

NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA	<b>AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS ESPECIALES</b>	
INSTALACIÓN/EQUIPO:		
VALIDEZ (FECHA/HORA) DESDE                      HASTA		
TIPO DE TRABAJO		
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO		
RIESGOS ASOCIADOS		
<b>INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS O PRECAUCIONES ESPECIALES A SEGUIR POR EL EJECUTOR EN LOS TRABAJOS PREVIOS</b>		
EQUIPOS DE PROTECCIÓN Y MEDIOS DE PREVENCIÓN A UTILIZAR		
PERSONA QUE AUTORIZA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO  FIRMA	<b>ENTERADO DE LAS INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS, DE LOS EQUIPOS A EMPLEAR Y DE LA NORMATIVA DE TRABAJO A APLICAR</b>  EL OPERARIO EJECUTOR  FIRMA	
TERMINADO EL DÍA/HORA  EL OPERARIO  FIRMA	COMPROBADO EL DÍA/HORA  EL RESPONSABLE  FIRMA	





NOMBRE DE LA EMPRESA O LOGOTIPO	DISPOSICIÓN INTERNA DE SEGURIDAD	Hoja de	
	(TÍTULO)	DIS N°	
<b>INDICE</b> 1.- OBJETO  2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN  3.-			
<b>APROBACIÓN DIRECCIÓN FACULTATIVA</b>  Firma Fecha.-		<b>APROBACIÓN AUTORIDAD MINERA</b>  Fecha.-	
<b>MODIFICACIONES</b>			
Aprobado D. Facultativa	Aprobado Aut. Minera	APARTADO MODIFICADO	MOTIVO
Fecha	Fecha		
Fecha	Fecha		

NOMBRE DE LA EMPRESA O LOGOTIPO	DISPOSICIÓN INTERNA DE SEGURIDAD	Hoja de
	(TÍTULO)	DIS N°


  

1.- OBJETO

Se redacta la presente norma, en cumplimiento de lo dispuesto en la ITC del Reglamento General de Normas Básicas de Seguridad Minera, con el objeto de regular .

2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta norma será de aplicación en todo el centro de trabajo de ., sito en





# REGISTROS

(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)	REGISTRO DE PERSONAL				
Apellidos y Nombre	DNI	Domicilio	Puesto de Trabajo desempeñado	Fecha de Ingreso en la Explotación	Fecha de Cese en la Explotación

Toma de muestras de polvo

Nombre empresa		provincia	código	fecha	Personal total			
MATERIA PRIMA		PUESTO DE TRABAJO			código	Nº DE OPERARIOS EN EL PUESTO		
TIPO DE MAQUINARIA				MEDIDAS DE PREVENCIÓN APLICADAS				
% SiO2 ANALIZADA (Valor Medio)			OBSERVACIONES					
APARATO	Nº Memb.	HORA		TIEMPO	ASPIRAC.	mg.	mg/m <sup>3</sup>	OBSERVACIONES
		INICIAL	FINAL	TOTAL				



REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE RUIDO

(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)	Nombre y dirección del centro de trabajo	Hoja de
-----------------------------------	--	---------

PUESTO DE TRABAJO	Medición Leq	Tiempo de medida	Equipo de medida	RIESGO

Forma de realizar las mediciones:

equipo	marca	tipo	Homologación	Fecha última calibración
SONÓMETRO				

DOSÍMETRO				

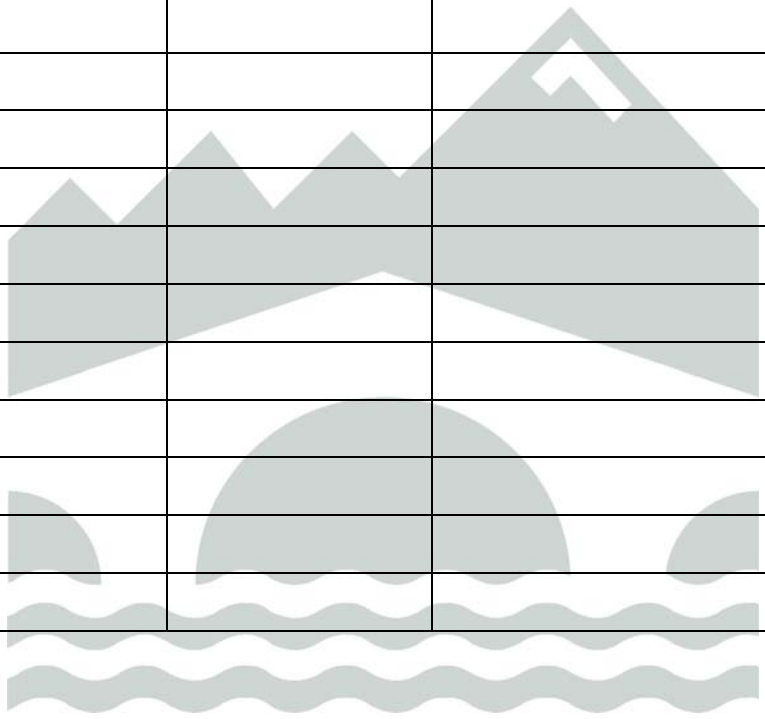
Evaluador	Fecha:	Firma:
-----------	--------	--------





# PLAN DE REVISIONES Y MANTENIMIENTO

(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)		<b>FICHA PLANIFICACIÓN MANTENIMIENTO/REVISIÓN</b>	
TIPO DE MÁQUINA/EQUIPO:			
Persona responsable de la revisión:			
FRECUENCIA	ELEMENTO	SERVICIO O REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO
Diaria			
Semanal			
Quincenal			
Mensual			
Anual			





# FORMACIÓN

(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)	<b>FORMACIÓN E INFORMACIÓN</b>	
	Nº REGISTRO	
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)	ASUNTO	CONVOCATORIA CURSO DE FORMACIÓN

Sr. D.

En      fecha      de      de

ASUNTO: CURSO

Estimado Sr.:

Al objeto de cumplir con lo preceptuado en el Art. 19 de la L.P.R.L. sobre Formación e Información de los trabajadores la empresa considera conveniente su asistencia al curso arriba referenciado, que se celebrará en:

durante los días      con el siguiente horario:

La asistencia al curso posibilitará la adquisición de los conocimientos en prevención de riesgos, necesarios para el desarrollo de sus actividades laborales dentro de la empresa.

Así mismo le recordamos que la no asistencia al curso citado, constituye un incumplimiento de las obligaciones en prevención de riesgos laborales descrita en el Art. 29 de la L.P.R.L. que puede ser sancionable, de acuerdo con lo establecido en el punto 3 del mismo Art. 29 citado.

Quedando a su disposición para cualquier aclaración que estime oportuna le saluda

Atentamente

Empresa

p.p

Fdo.

Recibí el día      de      de

D.      Firma

(EMPRESA)		FORMACIÓN								
		Nº REGISTRO						Fecha de realización: / /		Hoja de
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)		ASUNTO	REGISTRO DE FORMACIÓN					Realizado por:		
Nombre y Apellidos	Categoría	Puesto de Trabajo	Riesgos detectados en la Ev. Riesgos			Formación previa	PLAN DE FORMACIÓN			
							Curso	Fecha prevista	Responsable realización	Realizado Fecha y firma del trabajador
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								Firma:		
Apellidos		Nombre		DNI						
Titulación:										
Empresa:										
REPRESENTANTES DE LA EMPRESA					REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES					
Nombre y apellidos					Nombre y apellidos					
Fecha					Fecha					
Firma					Firma					
_____					_____					
_____					_____					

(EMPRESA)		FORMACIÓN			
		Nº REGISTRO		Fecha de realización:     /     /	Hoja de
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)		ASUNTO	PLAN DE FORMACIÓN	Realizado por:	
Nombre del Curso		Destinatarios		Responsable	Fecha prevista
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN				Firma:	
Apellidos     Nombre     DNI					
Titulación:					
Empresa:					
REPRESENTANTES DE LA EMPRESA		Fecha	REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES		Fecha
Nombre y apellidos		Firma	Nombre y apellidos		Firma
		_____			_____
		_____			_____







(EMPRESA)	INFORMACIÓN		
	Nº REGISTRO		Hoja
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)	ASUNTO	RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN	/
PUESTO DE TRABAJO:			
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	
Nombre y Apellidos	He leído, entendido y comprendido estas normas que me son entregadas y me comprometo a cumplirlas en todos sus términos.	Fecha de entrega / / Fdo. _____	

(EMPRESA)		INFORMACIÓN								
		Nº REGISTRO						Fecha de realización:     /     /		Hoja de
EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)		ASUNTO	REGISTRO DE INFORMACIÓN					Realizado por:		
Nombre y Apellidos	Categoría	Puesto de Trabajo	Riesgos detectados en la Ev. Riesgos			Información previa	PLAN DE INFORMACIÓN			
							Curso	Fecha prevista	Responsable realización	Realizado Fecha y firma del trabajador
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
						Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
						Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
						Fecha				
						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
						Fecha				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								Firma:		
Apellidos		Nombre		DNI						
Titulación:										
Empresa:										
REPRESENTANTES DE LA EMPRESA					REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES					
Nombre y apellidos					Nombre y apellidos					
Fecha					Fecha					
Firma					Firma					
_____					_____					
_____					_____					

FICHA INFORMATIVA SOBRE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES U OTRAS EMERGENCIAS

NORMAS DE ACTUACIÓN EN ACCIDENTES CON LESIÓN

LESIÓN LEVE  
(lesión de pequeña importancia)



Acudir al botiquín y realizar las primeras curas con el material disponible y por parte de personal autorizado

LESIÓN DE MAYOR IMPORTANCIA  
(lesiones de mayor importancia que precisen atención médica)



Realizar la primera cura o asistencia con los medios adecuados y personal autorizado, facilitando el traslado del accidentado al centro sanitario establecido, cuando sea necesario. Para ello:

- 1 Alertar al resto de trabajadores.
- 2 Pedir una ambulancia.
- 3 Evitar mover al trabajador.

TELÉFONOS DE EMERGENCIA

INTERIOR:

EXTERIORES:

Bomberos:

Mutua de accidentes:

Protección civil:

Ambulancias:

Policía Municipal:

Hospital:

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE DESCUBRIR UN INCENDIO

U OTRA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Comunicar inmediatamente a los mandos superiores, dando aviso telefónico ( ) indicando: ¿QUIÉN INFORMA?, ¿QUÉ SUCEDE?, ¿DÓNDE SUCEDE?

Actuar de acuerdo con el plan y siempre que esté preparado para ello.

Ante un incendio, intentar apagarlo con el extintor más próximo, si se sabe, se puede y sin poner en peligro la integridad física.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE EVACUACIÓN

Iniciar la evacuación sin perder la serenidad. No correr.

No utilizar ascensores ni montacargas.

Seguir las instrucciones de los equipos de evacuación existentes y de acuerdo con la dirección de las flechas que indican las salidas de emergencia.

Una vez iniciada la evacuación, no intentar volver.

Dirigirse a la zona asignada de reunión en el exterior



# VIGILANCIA DE LA SALUD

(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)	<b>FICHA ENTIDAD CONCERTADA</b>
-----------------------------------	---------------------------------

**Empresa**

**Domicilio Social**

**Municipio**

**Provincia**

C. P.

**CIF/NIF**

**Teléfono**

Fax

**E-mail**

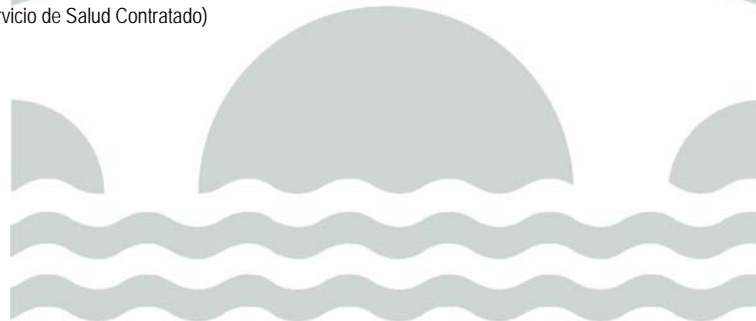
**Servicio Contratado**

**Fecha de Alta**

Fecha de Baja

**Observaciones**

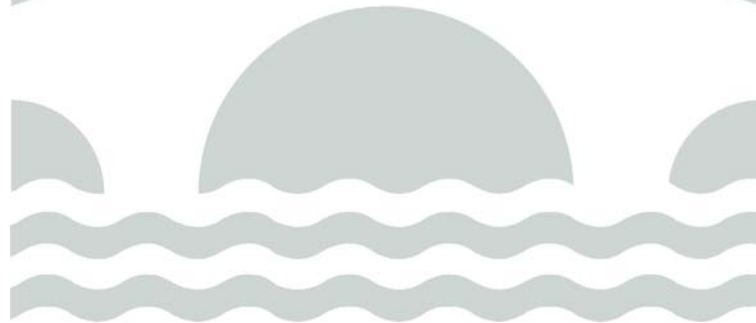
(Observaciones del Servicio de Salud Contratado)



(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)

## FICHA REVISIONES MÉDICAS

TRABAJADOR	TIPO DE REVISIÓN	FECHA	OBSERVACIONES



<b>(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)</b>	<b>VIGILANCIA DE LA SALUD</b>	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

En Lugar a        de        de

Estimado Señor:

Le comunicamos por la presente que en los próximos meses se van a realizar los reconocimientos de salud laboral.

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 22.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en los artículos 10.5 y 10.15 de la Ley General de Sanidad, se ruega nos dé consentimiento para que se le pueda practicar el reconocimiento médico.

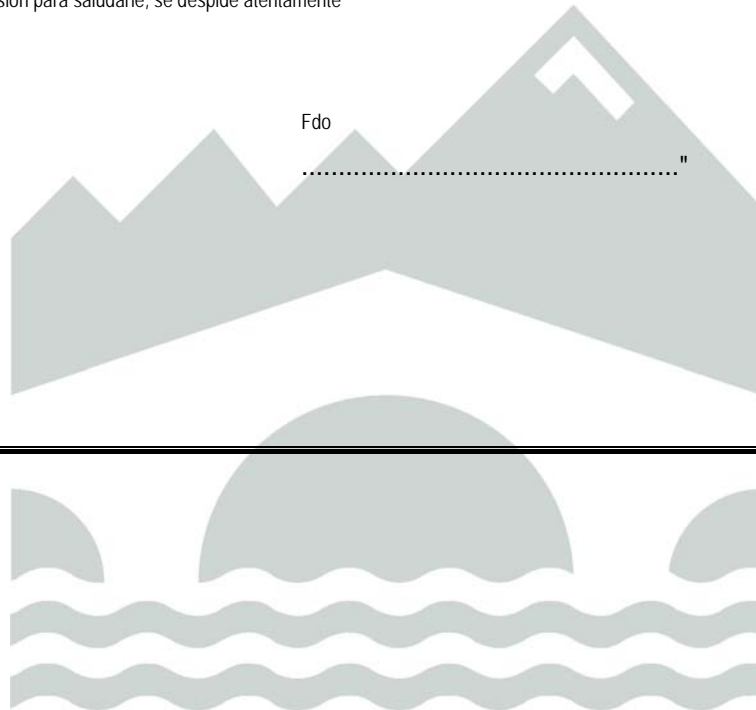
Asimismo le informamos que los resultados del reconocimiento salvaguardarán el derecho a la intimidad y dignidad de la persona y la confidencialidad de los mismos.

Si usted quiere que se le practique el reconocimiento médico le rogamos nos devuelva firmada la presente comunicación. En caso de que no quiera que se le practique el reconocimiento nos lo deberá comunicar por escrito.

Aprovechamos la ocasión para saludarle, se despide atentamente

Fdo

....."



<b>(NOMBRE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA)</b>	<b>VIGILANCIA DE LA SALUD</b>	
	Nº REGISTRO	
	ASUNTO	OBLIGATORIEDAD DE EFECTUAR RECONOCIMIENTO MÉDICO

En Lugar a        de        de

Estimado Señor:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, como excepción al carácter de voluntariedad de la vigilancia periódica del estado de la salud, le informamos que deberá realizar el reconocimiento médico exigido en la legislación correspondiente.

Estas medidas de vigilancia y control de la salud se llevarán a cabo de acuerdo con lo establecido en el Art. 22.2 y 22.3 de la citada Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que reproducimos a continuación:

"Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores, se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior serán comunicados a los trabajadores afectados".

La realización de los reconocimientos y pruebas se harán en:

Para ello deberá presentarse el día

En la siguiente dirección

Empresa:

Domicilio:

Localidad:

Lo que le comunicamos para su conocimiento

Aprovechando la ocasión para saludarle, se despide atentamente


Fdo

....."

**Recibí**

D





**PRESUPUESTO ANUAL PARA LA ACTIVIDAD  
PREVENTIVA**

**PRESUPUESTO ANUAL PARA LA ACTIVIDAD PREVENTIVA**

Empresa:			Centro de trabajo:	Fecha de realización:     /     / Realizado por:	Hoja de	
Puesto de trabajo	Nº Trabaj.	Cód. Riesgo	Actuación	Responsable	Importe de actuación	Importe TOTAL
IMPORTE TOTAL						
Observaciones:						
<b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN</b> Apellidos      Nombre      DNI Titulación: Empresa:					Firma:	
<b>REPRESENTANTES DE LA EMPRESA</b> Nombre y apellidos			Fecha: Firma _____ _____ _____	<b>REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES</b> Nombre y apellidos		Fecha : Firma _____ _____ _____