

SOLICITUD DATOS PERÍODOS DE OBSERVACIÓN Y ENFERMEDADES PROFESIONALES (CEPROSS)

1- DATOS DEL TRABAJADOR

DNI/IPF	NOMBRE	APELLIDOS
OCUPACIÓN (C.N.O)		ANTIGÜEDAD PUESTO TRABAJO (meses)

2- DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE		PLANTILLA	TELÉFONO
DIRECCIÓN		C.C.C.	C.I.F
C.P.	LOCALIDAD	PROVINCIA	

3- PREVENCIÓN

MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA EN LA EMPRESA

Ninguna

Modalidades

- Asunción personal del empresario
- Servicio de prevención propio
- Servicio de prevención ajeno
- Trabajador/es designado/s
- Servicio de prevención mancomunado

¿EXISTE EVALUACIÓN DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO?

Si No

¿EXISTE INFORMACIÓN A LOS REP. DE LOS TRABAJADORES EN MATERIA DE RIESGOS LABORALES? Art. 36.2.c) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de P.R.L.

Si No

¿SE HAN EFECTUADO RECONOCIMIENTOS MÉDICOS? Art. 196 Texto Refundido de la L.G.S.S

Si No

¿EXISTE INFORME RELATIVO A LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL ELABORADO POR EL EMPRESARIO? Art. 16.3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de P.R.L.

Si No

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS (si es distinto del C.C.C.)

¿REALIZA EL TRABAJADOR SU ACTIVIDAD COMO CEDIDO POR UNA ETT O SUBCONTRATADO?

No

Si

Nombre:

CCC:

4- DATOS ECONÓMICOS

BASE A	BASE B	SUBSIDIO
BC mes anterior	Horas extras	Base A + B
Días cotizados	Otros conceptos	Subsidio (75%)
Promedio día	Promedio año	

Sello y firma de la empresa,

En _____, a _____ de _____ de 20__