

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 <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Modalidades <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asunción personal del empresario <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
¿EXISTE EVALUACIÓN DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿SE HAN EFECTUADO RECONOCIMIENTOS MÉDICOS ? Art. 243, Ley 8/2015, de 30 de octubre, TRLGSS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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____