

Datos generales

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre o razón social: | |
| Actividad económica: | |
| Nº centros trabajo en España: | |
| Nº trabajadores propios: | |

Organización preventiva

La empresa dispone de la/s siguiente/s modalidad/es organizativa/s de los recursos para las actividades preventivas:

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|-------------------------|--|--|--|
| a) | <input type="checkbox"/> | Asunción personal por el empresario | Nombre empresario | b) | <input type="checkbox"/> | Designación de uno o varios trabajadores | | | | |
| | | Nº trabajadores designados según su formación en prevención | | | | | | | | |
| | | Nivel básico | | Nivel intermedio | | Nivel superior | | | | |
| c) | <input type="checkbox"/> | Servicio de Prevención Propio (SPP) o Servicio de Prevención Ajeno (SPA), especificar especialidades: | | | | | | | | |
| | | <i>Especialidad</i> | <i>SPP</i> | <i>SPA</i> | <i>Nombre del SPA</i> | <i>Responsable del SPA/SPP</i> | <i>Teléfono del SPA</i> | | | |
| | | Seguridad en el trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Higiene industrial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Ergonomía y psicología aplicada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Medicina del trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

Gestión de la prevención

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ¿La empresa dispone de la certificación un sistema de Gestión de Prevención de riesgos laborales? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| ¿La empresa dispone de personal para actuar como recurso preventivo, para aquellas posibles situaciones que lo requieran? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| ¿La empresa dispone de un sistema de coordinación preventiva con sus contratistas? (art. 24 L.P.R.L.) (RD 1627/97 y 171/04) | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| A los trabajadores que realizarán actividades en las instalaciones de FNMT se les garantiza: | | | | |
| La disposición y utilización de equipos de trabajo con marcado CE | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| Vigilancia de la salud en función de los riesgos inherentes al trabajo | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| Formación e información preventiva adecuada y suficiente para las actividades a realizar? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| Medidas de protección colectivas e individuales | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| Medidas ante riesgos graves e inminentes en el lugar de ejecución de los trabajos | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| ¿La empresa está dispuesta a ser objeto de auditorias internas de homologación por parte de nuestra empresa? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

El abajo firmante se responsabiliza de la veracidad de todo lo cumplimentado en este formulario (INCLUIR SELLO DE LA EMPRESA):

| | | |
|---------------------------|--------------|--------------|
| Cumplimentado por: | Firma | Fecha |
| Nombre: | | |
| Cargo en la empresa: | | |
| DNI: | | |