

guía de formularios PRÁCTICOS

SALUD
LABORAL



CCOO 

comisiones obreras
de Castilla-La Mancha

1	DERECHOS DE PARTICIPACIÓN	4
2	GESTIÓN DE PREVENCIÓN	28
3	PRESTACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	50
	Incapacidad temporal.	50
	Maternidad y paternidad.	50
	Requisitos.	51
4	MUTUAS	62



guía de
formularios
PRACTICOS

El derecho de los trabajadores a una protección eficaz de su salud en el trabajo conlleva en prevención de riesgos laborales una serie de derechos y obligaciones derivadas, para que los trabajadores puedan participar en todas las cuestiones que afecten de un modo u otro a garantizar que el trabajo no repercuta negativamente en su salud, existen los delegados de prevención y el comité de seguridad y salud.

Este manual recoge un repertorio de formularios donde se establecen las directrices prácticas para que estos órganos de representación puedan solicitar a la empresa cualquier cuestión referente a la prevención de riesgos, también articula los instrumentos de participación en el sistema de gestión preventiva de la empresa y de las medidas preventivas que está llevando a cabo con el objetivo esencial de mejorar las condiciones de trabajo.





DERECHOS **de**
PARTICIPACIÓN

DERECHOS DE PARTICIPACIÓN

Los Delegados de prevención constituyen la representación de los trabajadores en la empresa con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. El comité de seguridad y salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos laborales. Para que los delegados de prevención y el comité puedan poner en práctica los derechos que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales les otorgan se adjuntan los siguientes formularios.

Funciones y facultades de los delegados de prevención.

Acceso a la información y a la documentación preventiva.

Comunicación de deficiencias.

Propuestas de mejoras.

Formación para delegados de prevención.

Denuncia Inspección de Trabajo.

Constitución Comité de Seguridad y Salud.

Solicitud de reglamento de funcionamiento de los CSS.

Solicitud reunión del comité de Seguridad y Salud.

Solicitud de actas de comité de Seguridad y Salud.

Rectificación de actas del comité de Seguridad y Salud.

FUNCIONES Y FACULTADOS COMO DELEGADO/A DE PREVENCIÓN

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: FUNCIONES Y FACULTADOS COMO DELEGADO/A DE PREVENCIÓN.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

Este nombramiento implica el ejercicio de unas funciones y facultades que me otorga la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y que requiere que la empresa debe proporcionarme información y consultar, con la debida antelación, cualquier acción que pueda repercutir en la salud de los trabajadores (art. 36.1 y 33 de LPRL y RD. Servicios de Prevención art. 16.2 y 1.2, 3.2).

Asimismo la empresa debe permitir que visite los lugares de trabajo y me comunique con los trabajadores para ejercer mi labor de vigilancia y control de las condiciones de trabajo, además de:

Acompañar a la Inspección de Trabajo.

Acompañar a los técnicos/as de prevención en sus visitas (LPRL art. 36.2).

Proponer mejoras preventivas y denunciar incumplimientos.

En definitiva, mi labor como Delegado/a de Prevención implica participación en todos los aspectos relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo.

El tiempo utilizado para el desempeño de estas competencias de representación se harán a cargo del crédito horario mensual retribuido previsto en el art. 68.e del Estatuto de los Trabajadores.

Por todas estas razones exijo, se facilite el ejercicio de mis funciones y la implicación de la dirección de esta empresa y los técnicos/as de prevención para conseguir eliminar y/o controlar todos los riesgos y así garantizar mejores condiciones de trabajo y salud en esta empresa.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

ACCESO A LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PREVENTIVA

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: **ACCESO A LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PREVENTIVA.**

En, _____ a ____ de _____ 20 ____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

EXPONGO

El acceso a la información y documentación preventiva a que se refieren los art. 18, 23, 36 y 41 de LPRL.

La normativa preventiva a este respecto señala el derecho de todos los delegados/as de prevención a tener acceso a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el desarrollo de sus funciones, y en particular, a las previstas en los art. 18 y 23 de esta Ley. Esta cuestión también se señala en el art.64 del Estatuto de los Trabajadores.

Asimismo la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social considera que el acceso a la información y documentación a que se refieren los artículos 18 y 23 de la presente Ley, es idéntica al referirse tanto a los Delegados/as de Prevención como a los integrantes de los Servicios de Prevención en cualquiera de sus modalidades.

SOLICITO

En el plazo de 15 días se me proporcione la siguiente documentación preventiva:

- Copia de la Evaluación de Riesgos Laborales y Planificación Preventiva.
- Copia del Plan de Prevención.
- Resultados de todas las evaluaciones específicas y mediciones realizadas.
- Estadística de los resultados de la Vigilancia periódica de la Salud.
- Información obtenida de los proveedores sobre los productos químicos y fichas de seguridad química por Departamentos de la empresa.
- Información disponible sobre los medios de protección colectiva e individual utilizados en la empresa.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

COMUNICACIÓN DE DEFICIENCIAS

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: COMUNICACIÓN DE DEFICIENCIAS.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

Por la presente se comunica a la dirección de la empresa que se han detectado los siguientes riesgos y/o incumplimientos en materia preventiva:

DEFICIENCIA:

Lugar donde se produce:

Puestos afectados:

DEFICIENCIA:

Lugar donde se produce:

Puestos afectados:

Requiero a la empresa que se subsanen estos riesgos lo antes posible y lleven a cabo todas las medidas necesarias para garantizar la salud de todos/as los/as expuestos.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención

Nombre y Apellidos

Recibí:

Fecha:

Firma y Sello:

PROPUESTA DE MEJORAS

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: PROPUESTA DE MEJORAS.

En, _____ a ____ de _____ 20 ____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

EXPONGO

Ante la situación de riesgo _____ y el amparo de lo previsto en los artículos 36.2.f y 36.4 de la . Ley de Prevención de Riesgos Laborales y mediante el presente escrito formulo la siguiente propuesta:

Considero ésta una medida eficaz para garantizar la mejora en las condiciones de trabajo y de salud, además de ajustarse a las exigencias preventivas, normativas y técnicas.

Espero que se valore y acepte esta propuesta, o en caso contrario, solicito recibir respuesta justificada por escrito según artículo 36.4 de la LPRL, en un plazo no mayor de _____ días.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

FORMACIÓN PARA DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: FORMACIÓN PARA DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los trabajadores en materia preventiva.

SOLICITO

La asistencia a un curso para delegados/as de prevención recogido en el Acuerdo para la Competitividad, el Empleo y el Bienestar de Asturias (ACEBA 2008 - 2011), firmado con el Gobierno del Principado de Asturias y los Agentes Sociales, recoge en su apartado V, referente a Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral, el compromiso de facilitar a los delegados/as de prevención la formación necesaria para el ejercicio de sus funciones.

Este Acuerdo emana de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que señala, en su artículo 37.2, la obligación empresarial de proporcionar a los delegados/as y de Prevención la formación en materia preventiva que resulte necesaria para el ejercicio de sus funciones y facultades.

Dicha formación que incluye todos los colectivos, se estima en unas 60 horas/año sin perjuicio de lo dispuesto en la negociación colectiva de referencia.

Mi formación como delegado/a de prevención quiero que sea impartida por mi sindicato COMISIONES OBRERAS DE ASTURIAS.

Por todo lo anteriormente expuesto, solicito el permiso para participar, como delegado/a de prevención, en el curso sobre prevención de riesgos laborales con una duración de ___ horas y que se desarrollará en el marco del citado Acuerdo, durante los días _____ en la localidad de _____ en horario de ___ a ___ horas.

PD: En caso de cualquier duda al respecto, puede dirigirse a la Consejería de Industria y Empleo. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

DENUNCIA INSPECCIÓN DE TRABAJO

Nombre y Apellidos, mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en _____, en la Calle _____ con teléfono de contacto número _____; ante la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social comparezco y expongo:

Que en calidad de Delegado/a de Prevención de la Empresa _____ y en el ejercicio de mis competencias y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/95), mediante el presente escrito formulo contra la misma denuncia por posible infracción de la normativa de prevención de riesgos laborales. Se basa la presente denuncia en los siguientes:

MOTIVOS:

(es importante aportar legislación y documentación que corroboren los motivos).

Por todo lo expuesto,

SOLICITO A LA INSPECCIÓN DE TRABAJO que teniendo por presentada esta denuncia contra la empresa _____ la admita a trámite y a la vista de los hechos y razones expuestas, compruebe la veracidad de la misma practicando la oportuna visita a la empresa a la mayor brevedad posible y actuando como en justicia corresponda, levante las correspondientes Actas de Infracción si procediese, teniéndome por parte a todos los efectos en mi condición de interesado y notificándome el resultado de las gestiones. Para facilitar con mayor detalle a la Inspección de Trabajo los fundamentos de la presente denuncia, interesa al firmante que se requiera su presencia al momento de proceder a la inspección de todo ello de conformidad con lo previsto en el art. 40.2 de la LPRL.

En, _____ a _____ de _____ 20__

Fdo: Nombre y Apellidos

CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

EXPONGO

El artículo 38 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece que en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores, se ha de constituir el Comité de Seguridad y Salud. Dicho Comité estará formado por los delegados/as de prevención y por el empresario/a y/o sus representantes en igual número.

A día de hoy en esta empresa no ha sido constituido el Comité de Seguridad y Salud a pesar de cumplir con todos los requisitos necesarios, por lo que solicito que con la mayor brevedad posible se proceda a subsanar esta situación. De no ser así, me veré obligado a ponerlo en conocimiento de Inspección de Trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 40.1 de la mencionada Ley.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE CSS

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE CSS.

En, _____ a ___ de _____ 20 ____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

Que con fecha _____, se ha constituido el Comité de Seguridad y Salud pero no se han adoptado normas de funcionamiento como se recoge en el art. 38.3 de la LPRL, por esta causa

SOLICITO

Se elabore lo antes posible este reglamento interno para garantizar la operatividad y el funcionamiento ordenado de este Órgano paritario y colegiado de participación vital para una mejora efectiva en las condiciones de seguridad y salud en la empresa.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

Nota: en la versión digital de este manual se recoge una propuesta de Reglamento de Comités de Seguridad y Salud.

SOLICITUD DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

SOLICITO

En conformidad con lo previsto en el artículo 38.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y mediante el presente escrito requiero, que a la mayor brevedad, se convoque una reunión del Comité de Seguridad y Salud en la que se incluyan en el orden del día los siguientes temas:

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____
- 4º Ruegos y Preguntas

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE ACTAS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE ACTAS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD.

En, _____ a _____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

SOLICITO

El acta de la reunión del Comité de Seguridad y Salud celebrada el día _____ del mes de _____ del 20____ pues a fecha de hoy aun no la he recibido, dificultando así el acceso y posterior valoración de cómo se han registrado los temas tratados y los acuerdos alcanzados.

Espero sea atendida mi solicitud en el plazo máximo de 7 días, que de no ser así y no recibir explicación ninguna al respecto, me veré obligado a realizar las gestiones oportunas para solucionar dicha situación.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

RECTIFICACIÓN DE ACTAS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: RECTIFICACIÓN DE ACTAS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de la empresa _____ y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

SOLICITO

Se subsanen los errores recogidos en el Acta de la reunión del Comité de Seguridad y Salud celebrada el día _____ del mes de _____ del 20____, al no ajustarse a lo acontecido en dicha reunión. Concretamente al tratarse el tema _____ se recoge textualmente en dicho acta:

“ _____ ” y
si nos ajustamos a los hechos debería de decir: “ _____ ”.

Ante esta situación se hace necesaria una revisión y modificación de la misma, que de no ser así, no firmaré ni aceptaré como delegado/a de prevención y miembro de este Comité.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

DERECHOS DE PARTICIPACIÓN

REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD (CSS)

ARTÍCULO 1. CONCEPTO

El presente Reglamento Interno se acuerda entre los Delegados/as de Prevención y los representantes de la Empresa que constituyen el Comité de Seguridad y Salud (CSS) de la empresa _____ al amparo de los artículos 38 y 39 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y concretamente de su artículo 38.3 que prevé la adopción por el propio CSS de sus normas de funcionamiento.

Dado el carácter paritario y colegiado de participación del CSS, todas sus actuaciones deberán realizarse de forma conjunta, previo acuerdo por escrito y con representación de las partes.

ARTÍCULO 2. COMPOSICIÓN DEL CSS Y NOMBRAMIENTOS

- 1 El Comité de Seguridad y Salud es un órgano paritario compuesto por igual número de miembros por parte de la empresa, que por parte de los trabajadores.
- 2 El Comité de Seguridad y Salud estará compuesto, conforme a lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales por _____ representantes de los trabajadores y por _____ representantes de la empresa con poder de decisión.
- 3 Ninguno de los Técnicos de prevención de la empresa o contratados para llevar la prevención, podrán ser representantes de ninguna de las partes, sólo pueden actuar como asesores de éstas y por tanto con voz pero sin voto.
- 3 La representación de los trabajadores la ostentan D. _____ y D. _____ que representan _____ (indicar el Sindicato al que pertenezca cada uno).

- 4 La representación de la empresa está formada por D. _____ y D. _____ (indicar sus puestos).
- 5 El Comité de Seguridad y Salud nombrará un Presidente y un Secretario, los cuales serán elegidos entre sus miembros.

Los cargos de Presidente y de Secretario recaerán, alternativamente y con periodicidad anual, en cada una de las partes representadas. Una vez procedida la elección del Presidente y del Secretario se levantará acta de la misma, lo cual será firmada por todos los asistentes.

ARTÍCULO 3. FUNCIONES DEL CSS

El CSS como órgano de participación para la consulta regular y periódica sobre la salud y seguridad, entenderá en todas las cuestiones relacionadas con la salud de los trabajadores/as y específicamente en las siguientes cuestiones:

- a. La identificación de los riesgos que deben ser objeto de evaluación y control.
- b. La identificación de los riesgos y determinación de criterios y procedimientos para la evaluación de los riesgos
- c. La elaboración, puesta en práctica, evaluación y revisión de los planes y programas de prevención.
- d. El estudio previo del impacto en la salud laboral de los proyectos en materia de planificación, la organización del trabajo y la introducción de nuevas tecnologías.
- e. Los procedimientos, contenido y organización de las actividades de información y formación de los/as trabajadores/as en materia de salud y seguridad.
- f. Las iniciativas de mejora de las condiciones de trabajo o de corrección de las deficiencias existentes a propuesta de alguna de las partes.
- g. La designación por el Empresario de trabajadores/as para ocuparse de las funciones preventivas, la determinación de dichas funciones, recursos materiales y humanos necesarios y la evaluación de su cumplimiento.
- h. La selección de la modalidad, composición y tipo de expertos necesarios para la constitución del Servicio de Prevención, así como a la planificación de las actividades que este de desarrollar y la evaluación de su funcionamiento.
- i. La contratación, sanción o despido de los miembros del Servicio de Prevención.

- j.** La elección de la entidad y las condiciones de concertación en el caso de recurrir a Servicios de Prevención Ajenos.
- k.** La asignación presupuestaria para la organización de los recursos de prevención
- l.** El diseño de programas de vigilancia de la salud adaptados a los riesgos y la evaluación de sus resultados con las limitaciones previstas en el artículo 22.4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- m.** El CSS podrá constituir grupos de trabajo, para abordar o hacer el seguimiento de problemas específicos, que se regirán por las mismas normas de funcionamiento contempladas en el presente reglamento.
- n.** Cualesquiera otras medidas relacionadas con la organización de la prevención por el empresario.
- o.** Cualquier aspecto relacionado con la salud y seguridad de los trabajadores/as de la empresa.
- p.** La elaboración de un procedimiento de designación y de actuación de la figura del recurso preventivo si fuera necesaria su presencia en la empresa.

Por acuerdo entre las partes, y sin perjuicio de lo previsto en el artículo 7.d del presente reglamento, el CSS se ocupará también de temas medioambientales relacionados con la actividad de la empresa y propondrá iniciativas en este sentido.

ARTÍCULO 4.

COMPETENCIAS Y FACULTADES DEL CSS

Para el ejercicio de sus funciones el CSS tiene las siguientes competencias y facultades:

- a.** Realizar las visitas a los lugares de trabajo que considere oportunas con el fin de conocer la situación relativa a la prevención.
- b.** Acceder y disponer de toda la documentación existente en la Empresa sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo y sus riesgos para la salud, así como cualquier otra que sea necesaria, en la forma que se solicite, para un mejor cumplimiento de sus funciones y de las de sus miembros.
- c.** Conocer y disponer de cuantos informes y estudios obtenga la Empresa sobre cuestiones relacionadas con la prevención, provenientes de los Servicios de Prevención, de la Inspección de Trabajo, del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales o de otros Organismos y Entidades, en la forma y plazos en que se solicite por alguno de sus miembros.
- d.** Disponer, conocer e informar sobre la programación anual de los Servicios de Prevención.

- e. Solicitar la intervención y/o el asesoramiento del Servicio de Prevención, y/o trabajadores y/o asesores externos o internos ante problemas específicos.
- f. Promover y participar en investigaciones sobre:
 - Evaluación y control de riesgos.
 - Incidencia de daños derivados y relacionados con el trabajo.
 - Evaluación y seguimiento de la eficacia de la acción preventiva.
- g. Conocer, disponer y analizar los resultados estadísticos de las actividades de vigilancia de la salud, así como los indicadores de absentismo por enfermedad, con el fin de identificar eventuales relaciones entre los riesgos y los daños.
- h. Promover la participación y la colaboración de los trabajadores y trabajadoras en la prevención, recogiendo y estudiando sus sugerencias y propuestas.
- i. Estudiar y dictaminar cuantas propuestas realice la Empresa y/o Delegados/as de Prevención y/o trabajadores en orden a la prevención de riesgos, siendo su dictamen vinculante.
- j. Proponer la ampliación, temporal o permanente del número de representantes en el CSS en función de las tareas y necesidades de la prevención. Puede ser propuesto por cualquiera de las partes y aprobada la decisión por acuerdo.
- k. Colaborar con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, IAPRL u otros Organismos, en sus visitas a los centros o lugares de trabajo, acompañándoles durante las mismas y formulándoles las observaciones que estime oportunas.

Para el desarrollo de sus facultades y competencias todos/as los miembros del CSS deben tener como mínimo formación básica en prevención de riesgos laborales. Asimismo la empresa dotará de todos los recursos que sean necesarios para llevar a cabo las funciones del CSS.

ARTÍCULO 5.

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL PRESIDENTE/A

- 1 El Presidente del Comité de Seguridad y Salud tendrá las funciones y competencias siguientes:
 - a. Presidir y moderar las reuniones del Comité.
 - b. Ostentar la representación del Comité, conjuntamente con el Secretario.
 - c. Programar junto con el Secretario, las actividades anuales del Comité.

- d. Convocar junto con el Secretario, las reuniones del Comité, fijando las fechas y el Orden del Día de cada reunión del Comité de Seguridad y Salud,
- e. Someter los asuntos tratados en el pleno a votación, siempre que éstos hayan sido suficientemente debatidos.
- f. Emitir y/o transmitir los informes y documentación solicitada por los Miembros del propio Comité, la Dirección de la empresa, las Secciones Sindicales de los sindicatos, la Inspección de Trabajo, el Servicio de Prevención o cualquier otra estancia u organismo oficial que lo solicite.
- g. Poner su Visto Bueno en las Actas de las reuniones, y en cuantos escritos y documentos se originen en el Comité de Seguridad y Salud.
- h. Coordinar la colaboración de trabajadores con el Comité a la hora de realizar informes, encuestas o socavar opiniones de éstos, sobre temas o situaciones concretas.
- i. Ejercer los plenos derechos de participación que, como miembro del Comité le corresponde.

- 2 El Presidente del Comité de Seguridad y Salud, no podrá delegar sus funciones en ningún miembro. En todo caso será únicamente el Pleno del Comité quién decida la persona o personas del mismo que sustituya a la Presidente en cada caso.

ARTÍCULO 6. FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL SECRETARIO/A

- 1 El Secretario del Comité de Seguridad y Salud, tendrá las funciones y competencias siguientes:
 - a. Representar el Comité conjuntamente con el Presidente.
 - b. Hacer efectiva la convocatoria de las reuniones del Comité, de acuerdo con el Presidente, dentro de los plazos previstos, enviando previamente el Orden del Día.
 - c. Redactar las Actas de las reuniones y firmarlas, con el Visto Bueno del Presidente, y entregar copias de las mismas puntualmente a los miembros del Comité y a los Delegados Sindicales de los Sindicatos.
 - d. Dar fe de los acuerdos del Comité, expidiendo los Certificados que procedan, a petición de cualquier miembro del mismo.
 - e. Redactar, firmar y enviar la correspondencia del Comité, con el Visto Bueno del Presidente.

- f. Custodiar debidamente archivados los documentos, y demás pertenencias del Comité.
- g. Sustituir al Presidente en caso de ausencia breve justificada.
- h. Ejercer sus plenos derechos de participación que, como miembro del Comité le corresponde.

- 2 El Secretario del Comité de Seguridad y Salud, no podrá delegar sus funciones en ningún miembro. En todo caso será únicamente el Pleno del Comité quien decida la persona o personas del mismo, que sustituyan al Secretario en cada caso.

ARTÍCULO 7. REUNIONES DEL CSS

- 1 El CSS se reunirá de forma ordinaria al menos bimestralmente a convocatoria del Presidente, al menos 72 horas antes, y, en sesión extraordinaria cuando lo considere necesario cualquiera de las partes. El Presidente convocará, además, una reunión extraordinaria cuando concorra alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Accidentes o daños graves.
 - b. Incidentes con riesgo grave.
 - c. Sanciones por incumplimientos.
 - d. Denuncias por problemas de salud laboral y/o medioambientales
 - e. Balance anual del plan de prevención e informe de memoria y programación del Servicio de Prevención.
 - f. Para tratar cualquier tema de salud laboral que necesite tratamiento e intervención en breve período de tiempo.
- 2 Las reuniones que se realicen a petición de los miembros del Comité, se entregará por escrito al Presidente, los motivos de la convocatoria, junto al Orden del Día propuesto. El Presidente convocará y se celebrará la reunión en un plazo máximo de tres días de recibir la petición.
- 3 La empresa en cada reunión del Comité de Seguridad y Salud, presentará un informe conteniendo al menos, las siguientes cuestiones:
 - a. Nivel de aplicación y resultados del Plan de Prevención y Planificación preventiva
 - b. Resultado de los controles ambientales y actividades de vigilancia y salud
 - c. Evolución de la siniestralidad tanto en accidente como en enfermedades profesionales.

- d. Incidencia de enfermedades que hayan causado bajas laborales
- e. Cualesquiera otras solicitadas por escrito por alguna de las partes.

- 4 Las convocatorias de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud mediarán el lugar, día, hora de comienzo, así como la hora prevista de finalización, acompañada del Orden del Día, y la documentación de apoyo que proceda.
- 5 Cada miembro del Comité recibirá en mano, cada convocatoria de reunión, así como a la Dirección de la empresa y a los representantes de cada una de las Secciones Sindicales.
- 6 Las reuniones del Comité de Seguridad y Salud, se celebrarán dentro de la jornada de trabajo y su tiempo se considera a todos los efectos como tiempo de trabajo efectivo, retribuido. Asimismo, tendrá el mismo tratamiento el tiempo dedicado por los Delegados de Prevención en las funciones y tareas que les asignan los artículo 36.2.a), 37.1 (37.2) de la Ley de Prevención, éste último sin perjuicio de que la formación que el Delegado/a reciba, lo sea por organismos o entidades ajenos a la empresa.
- 7 En las reuniones del CSS podrán participar con voz pero sin voto los Delegados sindicales de la empresa y asesores externos o internos.

ARTÍCULO 8. SUSTITUCIONES

- 1 Los miembros del Comité de Seguridad y Salud podrán causar baja en el mismo, por las siguientes causas:
 - a. Por renuncia del cargo, la cual será notificada por escrito al Presidente o Secretario del Comité.
 - b. Por revocación de su mandato por parte de la empresa o del Comité de Empresa.
 - c. Por finalización de su mandato como miembro del Comité de Empresa.
 - d. Por no formar ya parte de la plantilla
 - e. Pérdida de la condición necesaria para ser elegido
 - f. Incurrir en alguna de las incompatibilidades legal o reglamentariamente establecidas.
- 2 Las sustituciones, renovaciones, o dimisiones de los Delegados de Prevención se comunicarán por escrito a la Dirección de la Empresa, con la firma del Secretario del Comité de Empresa y el Visto Bueno de su Presidente.

- 3 Las sustituciones que se produzcan de los representantes de la empresa en el Comité de Seguridad y Salud ésta la comunicará al Comité de Empresa y Comité de Seguridad y Salud por escrito dirigido a los Presidentes de ambos órganos.
- 4 Ante cualquier vacante, ésta será cubierta de forma urgente por quien le corresponda nombrar su sustituto.
- 5 Las renuncias, dimisiones y sustituciones serán notificadas a los trabajadores a través del tablón de anuncios por el Secretario del Comité de Seguridad y Salud.

ARTÍCULO 9. COORDINACIÓN CON OTROS CSS Y/O DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN

Si en el Centro de Trabajo operasen varias empresas, el Comité de Seguridad y Salud podrá mantener reuniones conjuntas a fin de coordinar problemas comunes o de alguna de las empresas en materia de Seguridad y Salud Laboral. Estas reuniones se celebrarán cuando lo soliciten por escrito y se argumente.

Los Delegados/as de Prevención de estas empresas que desarrollen su trabajo en el mismo centro de trabajo podrán incorporarse al CSS de la empresa principal como miembros de pleno derecho (con voz pero sin voto) mientras dure el desarrollo simultáneo de actividades, o se celebrará una reunión inicial conjunta de coordinación con asistencia de representantes de empresarios y trabajadores de dichas empresas, así como las reuniones que se consideren necesarias.

ARTÍCULO 10. CONSTITUCIÓN FORMAL QUÓRUM

- 1 Para iniciar una sesión del Comité, será necesaria la presencia de al menos un miembro de cada una de las partes. En caso de que los Delegados de Prevención, miembros de este Comité pertenezcan a más de un sindicato, deberá estar representados cada uno de ellos para iniciar la sesión.
- 2 A instancia de cualquiera de las dos representaciones que conforman el Comité, se podrá invitar a las reuniones (en puntos o temas concretos), a trabajadores de la empresa que cuenten con una especial cualificación o formación en la materia, así como a técnicos de prevención ajenos a la empresa.

ARTÍCULO 11.

ORDEN DEL DÍA

- 1 El Orden del Día lo establecerá el Presidente en la convocatoria, el cual indicará todos los puntos o temas que haya solicitado cualquier miembro del Comité.
- 2 Excepcionalmente, se podrá incluir algún punto en el Orden del Día ya establecido, siempre que se trate de un asunto urgente surgido después de cerrada la convocatoria de la reunión. Para su inclusión deberá contar con la aprobación de todos los miembros presentes en la reunión.
- 3 Los trabajadores podrán someter a la consideración del Comité de Seguridad y Salud cualquier iniciativa sobre asuntos en los que el Comité tenga competencia.
Esta solicitud deberá enviarla debidamente argumentada por escrito y firmada por el solicitante o solicitantes, la cual deberá ser incluida en el Orden del Día de la próxima reunión a celebrar por el Comité.

ARTÍCULO 12.

ACUERDOS / VOTACIONES

- 1 La toma de decisiones por el Comité de Seguridad y Salud exigirá la previa constitución formal del mismo, con quórum suficiente, no pudiendo someterse a votación ningún asunto si no es así.
- 2 Todos los acuerdos, del Comité de Seguridad y Salud se tomarán por acuerdo y tras votación, siendo vinculantes para ambas partes.
- 3 El voto se hará a mano alzada, salvo que algún miembro pida que la votación sea secreta.
- 4 Ninguno de los miembros del Comité de Seguridad y Salud tendrá voto de calidad en caso de una votación con resultado de empate. No se podrá delegar el voto.

ARTÍCULO 13.

ACTAS

- 1 En las actas se recogerán, los asistentes, todos los asuntos tratados, los acuerdos adoptados, así como los puntos en los que no se haya llegado a acuerdo y los motivos de discordancia. El acta se leerá antes de finalizar la reunión y se firmará por todos los miembros del Comité, a los que se les dará una copia antes de concluir la sesión.

Posteriormente se transcribirá para su mejor archivo.

- 2 Los acuerdos del Comité será objeto de publicidad entre los trabajadores de la empresa, los cuales podrán hacer llegar sus quejas y propuestas al CSS, bien personalmente o por escrito.

ARTÍCULO 14.

MEMORIA ANUAL DEL CSS

El CSS elaborará una Memoria Anual con el fin de conocer la operatividad de este Órgano y analizar su eficacia, su carácter preventivo y el cumplimiento estricto de este Reglamento Interno.

ARTÍCULO 15.

CONSTITUCIÓN FORMAL QUÓRUM

- 1 Este Reglamento Interno se revisará cuando se solicite, por escrito y argumentándolo, por alguna de las partes .La modificación y /o inclusión de nuevos artículos o cambio y mejoras se harán por acuerdo.
- 2 Una vez aprobado, el presente Reglamento se entregará copia a todos los miembros del Comité, a la Dirección de la empresa o a los Delegados/as del Comité de Empresa, Delegados/as Sindicales y a cuantos trabajadores lo soliciten.

Y, para que así conste a los efectos oportunos, las partes, en la representación que ostentan, firman el presente Reglamento en señal de aceptación y fiel cumplimiento de los contenidos del mismo en,

_____, a _____ de _____ de _____.

Fdo.: Vº Bº

El Secretario El Presidente

(Firma de todos los miembros del Comité de Seguridad y Salud).



GESTIÓN **de**
PREVENCIÓN

GESTIÓN DE PREVENCIÓN

La prevención de riesgos debe estar integrada en todas las actividades que se realicen en la empresa; deben tomarse en cuenta los efectos sobre la salud de todas las decisiones que se adopten. Para ello, todos los mandos, de todas las áreas, deben estar implicados en la prevención, y disponer de los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos necesarios para realizar mejoras en las condiciones de trabajo que garanticen la salud de los trabajadores, para que los delegados tengan conocimiento y se realice una adecuada actuación preventiva, se adjuntan los siguientes formularios.

Seguimiento de la acción preventiva.

Calidad de la vigilancia de la salud.

Memoria anual de la actividad preventiva y de la vigilancia de la salud.

Actuaciones en caso de emergencia.

Recurso preventivo.

Petición sobre los resultados de las actuaciones preventivas (medición de ruido, información sobre productos químicos peligrosos, evaluación ergonómica, adaptación al puesto de trabajo, relación de accidentes, incidentes y enfermedades laborales, reevaluación del puesto tras sufrir daños a la salud.).

SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN PREVENTIVA

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN PREVENTIVA.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

Se dispone en esta empresa de una evaluación de riesgos de instalaciones y puestos de trabajo elaborada en la fecha _____. A partir de esta evaluación y de los riesgos detectados, se han propuesto y planificado unas medidas correctoras, los responsables de ejecutarlas, los plazos para llevarlas a cabo, en base a su importancia. Todos estos aspectos requieren ser atendidos si se quiere dar cumplimiento a las exigencias normativas en prevención (arts. 16.2.a y 16.2.b de LPRL y Capítulo II del RSP).

SOLICITO

Se convoque reunión de forma inmediata, a la que asista la dirección de la empresa, el servicio de prevención y los representantes de los/as trabajadores/as, para hacer seguimiento de las medidas ejecutadas y comprobar su eficacia, e impulsar la implantación de las medidas correctoras no ejecutadas.

Reitero la necesidad de un compromiso serio de la empresa para eliminar y/o controlar todos los riesgos para la salud, en base a los principios de la acción preventiva recogidos en el art.15 de LPRL.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

CALIDAD DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: CALIDAD DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD.

En, _____ a ____ de _____ 20 ____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

El art. 22 LPRL exige al empresario que ponga a disposición de los/as trabajadores/as la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos a los que están expuestos. Es esencial por tanto, tener en cuenta la evaluación de riesgo y que exista una coordinación estrecha entre el área médica y el resto de disciplinas preventivas. Esta vigilancia sólo se prestará cuando el trabajador preste su consentimiento. De este carácter voluntario, sólo se exceptúan algunos casos, pero siempre debe existir previamente un informe de los representantes de los/as trabajadores/as.

Esta actividad se hará respetando el derecho a la intimidad del trabajador/a y garantizando la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

Siempre se hará esta vigilancia y control de la salud por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. Nunca podrá realizarla otra entidad que no sea la contratada directamente para ello, pues está prohibido subcontratarla.

Siempre se hará a la incorporación de un nuevo trabajador/a, tras una ausencia prolongada por motivos de salud y siempre con carácter periódico según protocolos específicos (art.37.3 de RSP).

SOLICITO

En base a todo lo anterior, se garantice la calidad en el ejercicio de la vigilancia periódica del estado de salud de los/as trabajadores/as de esta empresa, pues es una buena herramienta preventiva para la detección precoz y mejora de la salud de los/as trabajadores/as.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

MEMORIA ANUAL DE ACTIVIDAD PREVENTIVA Y VIGILANCIA DE LA SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: MEMORIA ANUAL DE ACTIVIDAD PREVENTIVA Y VIGILANCIA DE LA SALUD.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

SOLICITO

La memoria y programación anual del servicio de prevención y las conclusiones generales obtenidas de los controles del estado de salud, en los términos recogidos en el último párrafo del apartado 4 del art. 22 de LPRL.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

ACTUACIONES EN CASO DE EMERGENCIA

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: ACTUACIONES EN CASO DE EMERGENCIA.

En, _____ a _____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

En base al art. 20 de LPRL las empresas deben identificar todas las posibles situaciones de emergencia para adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los/as trabajadores/as.

En la planificación de estas actuaciones para casos de emergencia, se incluirá también el personal encargado y las funciones que se les asignan para las que deben estar formados y disponer del material necesario.

SOLICITO

Se lleve a la práctica las medidas elaboradas por esta empresa para casos de emergencia y así posteriormente poder verificar su eficacia o subsanar si fuera necesario, sus deficiencias.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

RECURSO PREVENTIVO

Att./ **Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.**

Asunto: RECURSO PREVENTIVO.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

Por la necesidad de presencia de recurso preventivo (art. 32 bis de LPRL y art. 22 bis del RSP) como medida complementaria para que dentro de la empresa se vigile el cumplimiento, la eficacia y adecuación de la actividad preventiva.

SOLICITO

Información sobre qué situaciones se han identificado y se les debe asignar recurso preventivo, listado nominal, formación y experiencia que tienen en prevención y en ese proceso o tarea que van a vigilar, los medios que disponen, la aceptación por escrito de esa función, y su capacidad de mando, por ser una de sus funciones el dar instrucciones para el correcto e inmediato cumplimiento de las medidas preventivas.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

PETICIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS MEDICIONES DE NIVELES DE RUIDO

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: PETICIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS MEDICIONES DE NIVELES DE RUIDO.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

Con fecha _____ el Servicio de Prevención realizó mediciones de los niveles de ruido del centro de trabajo no teniendo en cuenta la participación de los/as trabajadores/as y no atendiendo lo que se recoge en el art. 10 del RD 286/2006 sobre exposición de los trabajadores al ruido.

SOLICITO

Se me informe cuando se realicen las mediciones de ruido por puestos de trabajo.

Tener acceso a la información sobre los resultados de dichas mediciones.

Participar en la elaboración de las medidas destinadas a eliminar o reducir los riesgos derivados de la exposición al ruido contempladas en el art. 4 del RD 286/2006.

Se lleven a cabo las medidas técnicas y/o organizativas necesarias para minimizar el riesgo.

Se realice la adecuación de los equipos de protección utilizados.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS

Att./ **Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.**

Asunto: SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

En cumplimiento del art. 18, 19 de la LPRL, el empresario garantizará la información y formación sobre los riesgos específicos de su puesto de trabajo, el art. 9 del R.D. 374/2001 recoge que el empresario garantizará que los/as trabajadores/as y los representantes reciban una formación e información adecuadas sobre los riesgos derivados de la presencia de agentes químicos peligrosos, y las medidas de prevención y protección que hayan adoptarse.

SOLICITO

Evaluación de riesgos higiénicos por puestos.

Listado de los productos químicos presentes en el lugar de trabajo, con identificación de los trabajadores expuestos a los mismos.

Resultado de los controles de salud de los trabajadores, en los términos recogidos en el artículo 22.4 de la LPRL.

Fichas técnicas de seguridad de los productos peligrosos utilizados.

Medidas de prevención y protección que tienen que adoptarse.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE EVALUACIÓN ERGONÓMICA

Att./ **Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.**

Asunto: SOLICITUD DE EVALUACIÓN ERGONÓMICA.

En, _____ a _____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

El empresario debe garantizar la seguridad y salud de los/as trabajadores/as de acuerdo al art. 15.1 d de la LPRL. donde se señala, entre los principios que deben informar la acción preventiva del empresario, el de adaptar el trabajo a la persona, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

El RD 1215/1997, de equipos de trabajo, en su art. 3.3) enuncia la obligación empresarial de tener en cuenta los principios ergonómicos. El artículo 36.5 del Estatuto de los Trabajadores establece la obligación de evaluar y controlar los riesgos derivados del trabajo monótono y repetitivo:

La problemática de la manipulación manual de cargas, se trata exhaustivamente en el RD 487/1997.

SOLICITO

En base a las deficientes condiciones de trabajo se lleve a cabo una evaluación de riesgos ergonómica por puestos de trabajo exigida por la normativa y se adopten las medidas necesarias para garantizar que no se produzcan daños a la salud.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Att./ **Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.**

Asunto: SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO.

En, _____ a ____ de _____ 20 ____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

El empresario debe garantizar la seguridad y salud de los/as trabajadores/as de acuerdo al art. 15.1 d de la LPRL, donde se señala, entre los principios que deben informar la acción preventiva del empresario, el de adaptar el trabajo a la persona. Como consecuencia de los daños sufridos por algunos trabajadores/as por las condiciones de trabajo y tal y como se recoge en el informe de la Vigilancia de la Salud de fecha _____.

SOLICITO

Se lleve a cabo la adaptación ergonómica del puesto de trabajo exigida por la normativa y se adopten las medidas necesarias para garantizar que no se vuelvan a producir daños a la salud.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE RIESGO PSICOSOCIAL

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE RIESGO PSICOSOCIAL.

En, _____ a _____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

El empresario debe garantizar la seguridad y salud en todos los aspectos relacionados con el trabajo (art. 14.2 de LPRL) .La tutela de la salud de los/as trabajadores/as prevista en nuestro ordenamiento jurídico, incluye también la protección ante los riesgos relativos a la organización del trabajo (art. 4.7.d LPRL).

En base a las numerosas quejas y dolencias expuestas por los/as trabajadores/as de esta empresa, se hace prioritario abordar e intervenir sobre estos riesgos de manera inmediata.

SOLICITO

Se lleve a cabo la evaluación psicosocial exigida por la normativa, y se adopten las medidas necesarias para garantizar la salud psicosocial de todos los /as trabajadores/as.

Para ello proponemos se utilice la metodología de evaluación ISTAS 21 CoPsoQ, pues cumple los requisitos técnico-científicos y legales (art 5.d de RD 5. Prevención) para garantizar la fiabilidad y validez de los datos, y conseguir sea un proceso participativo (art.34 LPRL).

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

SOLICITUD DE RELACIÓN DE ACCIDENTES, INCIDENTES Y ENFERMEDADES

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE RELACIÓN DE ACCIDENTES, INCIDENTES Y ENFERMEDADES.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

SOLICITO

Que a la mayor brevedad posible, me proporcionen la relación de daños a la salud producidos en esta empresa, durante el periodo _____ a _____, su localización, puestos afectados, si se ha hecho investigación del mismo, causas identificadas y situación de las medidas propuestas para que no vuelva a repetirse las deficiencias detectadas, desglosados en:

- Accidentes de trabajo con baja.
- Accidentes de trabajo sin baja.
- Incidentes.
- Enfermedades profesionales reconocidas.

Cualquier daño a la salud es un error en prevención y por tanto, reitero la necesidad de llevar a cabo todas las acciones necesarias encaminadas a eliminarlos.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

AVISO PARA PERSONARSE EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: AVISO PARA PERSONARSE EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

1º. Que el día _____ se han producido daños a la salud en el centro de trabajo situado en _____. Les recuerdo que un daño a la salud indica que no se está garantizando una buena prevención de riesgos laborales en la empresa.

2º. Que hasta el momento no he recibido comunicación alguna por parte de la dirección de esta empresa de dicho accidente.

3º. Que para ejercer el derecho que tengo reconocido en el art. 36.2 c) de la LPRL, voy a personarme en el lugar de los hechos para conocer las circunstancias del mismo.

4º. Que tal y como establece el art. 37.1 de la LPRL, el tiempo empleado en el desplazamiento y en la personación, se consideran tiempo de trabajo efectivo y no corre a cargo del crédito horario sindical.

Sin más, aprovecho para recordar a la dirección de esta empresa su obligación de informarme sobre todos los aspectos relacionados con esta situación, en cumplimiento de la legislación vigente.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

REVALUACIÓN DEL PUESTO TRAS SUFRIR DAÑOS A LA SALUD

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: REVALUACIÓN DEL PUESTO TRAS SUFRIR DAÑOS A LA SALUD.

En, _____ a ___ de _____ 20__

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

SOLICITO

Que a partir del daño/s a la salud producidos en el puesto _____ y tal como recoge la normativa preventiva en el art.16.2.a y art. 16.3 de la LPRL, se revise la evaluación de riesgos de dicho puesto de trabajo, al considerar que no se han identificado todos los riesgos ni se han adoptado todas las medidas necesarias para garantizar la salud de los/as trabajadores/as.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre _____

Domicilio _____

Localidad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

Actividad principal _____

Rama _____

Plantilla: Eventuales _____ Fijos _____

Hombre _____ Mujeres _____

DATOS DEL ACCIDENTADO/A

Nombre y Apellidos del trabajador/a _____

Categoría profesional _____

Tipo de contrato _____

Edad _____ Sexo _____

Antigüedad en la empresa _____

Antigüedad en el puesto de trabajo _____

Formación recibida _____

DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____

GRADO DE LESIÓN:

Leve 1

Grave 2

Muy Grave 3

Mortal 4

TIPO DE ASISTENCIA:

Ambulatoria 1

Hospitalaria 2

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL ACCIDENTE

MEDIDAS CORRECTORAS

VALORACIÓN SINDICAL DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

En, _____ a ____ de _____ 20__

Fdo: Delegado/a de Prevención

MODELO DENUNCIA A LA INSPECCIÓN DE TRABAJO

A continuación te proponemos un modelo, no olvides que se debe adaptar a la realidad de cada caso.

D. _____, mayor de edad, y con DNI n^o _____,
y D. _____, mayor de edad y con DNI n^o _____,
y domicilio, a efectos de citaciones y notificaciones en _____,
C/ _____, ante esta Inspección Provincial de Trabajo y
Seguridad Social, comparecen y

EXPONEN

Que en nuestra calidad de _____ (determinar, en el primer denunciante, cargo de la estructura que ocupa - federación, unión, empresa -, y si el segundo denunciante es delegado/a de prevención, de personal, sindical, etc) de la _____ y con domicilio en _____, C/ _____ dedicada a [a rellenar en caso de ser delegados/as de la empresa] _____, mediante el presente escrito formula contra la misma **DENUNCIA** por posible infracción de la normativa de _____. (determinar si es de prevención de riesgos laborales, seguridad social, laboral).

EN BASE A LOS SIGUIENTES HECHOS:

(determinar en cada punto los siguientes elementos:)

- 1 [Datos del trabajo/a accidentado; nombre y apellidos, tipo de contrato, categoría profesional, antigüedad en la empresa, trabajo desarrollado en el momento del accidente].
- 2 [Descripción del accidente, hora en que se produjo, y si era el trabajo habitual del trabajador/a].
- 3 [Lesiones sufridas, si se saben].
- 4 [Referencia de accidentes de trabajo anteriores similares y/o en el mismo puesto de trabajo en caso de que hayan existido con anterioridad].
- 5 [Referencia en caso de que la empresa esté incluida en la campaña de empresas de alta siniestralidad del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales].

- 6 [Si no existe evaluación de riesgos hacerlo contar, si existe hacer un análisis de la misma; si contempla el riesgo por qué no se han aplicado medidas preventivas, y en caso de no contemplarlo por qué no se ha incluido].
- 7 [Referencia en caso de que el trabajador/a no haya recibido formación y/o información sobre los riesgos de su puesto de trabajo - concretamente el que ha provocado el accidente].
- 8 [Si el accidente está producido por un máquina o equipo de trabajo, referenciar si tiene la correspondiente homologación].
- 9 [Referenciar en su caso la insuficiencia de los recursos de prevención - en caso de que fueran suficientes seguramente no se hubiera producido el accidente].
- 10 [Referenciar, en su caso, la insuficiencia o inexistencia del plan de emergencia (es obligatoria su existencia - artículo 20 LPRL -, en cuanto a la evaluación del accidentado/a y la prestación de primeros auxilios)].
- 11 [Análisis del informe de investigación del accidente; si existe o no existe, y en caso de existir si es correcto o no. Asimismo, análisis del parte de accidente de trabajo].
- 12 [En caso de que el accidente afecte a más de una empresa - contratas, subcontratas, autónomos -, referenciar en caso de que no exista, o sí exista, coordinación de actividades empresariales en la prevención entre la empresa usuaria y las empresas de contrata. Asimismo, en caso de estar implicados trabajadores/as de ETT, referenciar si la ETT y la empresa usuaria han cumplido con sus obligaciones preventivas].
- 13 [Establecer cualquier otro elemento que se considere interesante].

A LOS HECHOS ACABADOS DE REFERIR SON DE APLICACIÓN LOS SIGUIENTES:

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

- 1 Artículos 14 y 15 en su totalidad de Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- 2 [En su caso artículo 1 y 2 del Reglamento de los Servicios de Prevención, en cuanto no existe una aplicación de la actividad preventiva].

- 3 Artículos 8 y 9 del Reglamento de los Servicios de Prevención en cuanto no existe o es insuficiente la planificación de la actividad preventiva.
- 4 Artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y artículos 3 a 7 del Reglamento de los Servicios de Prevención en cuanto la evaluación de riesgos no es correcta ya que, o bien no recoge el riesgo que ha producido el accidente, o en caso de recogerlo, no se han aplicado las medidas preventivas previstas.
- 5 [En su caso, artículo 15.1.i. de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto la empresa no ha dado las oportunas instrucciones al trabajador/a accidentado].
- 6 [En su caso artículo 15.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto no se ha informado al trabajador/a accidentado sobre riesgos específicos de su puesto de trabajo - concretamente del riesgo a que se refiere el accidente].
- 7 [En su caso, artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto la empresa no ha dado formación al trabajador/a accidentado - concretamente sobre el riesgo a que se refiere el accidente].
- 8 [En su caso el RD 1215/97, en cuanto al equipo de trabajo en su totalidad o algún elemento del mismo no está homologado].
- 9 Artículo 30 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y artículos 10 a 22 del Reglamento de los Servicios de Prevención en cuanto a la inexistencia o insuficiencia de los recursos destinados a la prevención (insuficiencia del S.P.).
- 10 [En su caso, artículo 20 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto a la inexistencia o insuficiencia de investigación del accidente].
- 11 [En su caso, el artículo 47.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto a la inexistencia o insuficiencia de investigación del accidente].
- 12 [En su caso, el artículo 24 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto a la inexistencia o insuficiencia de la coordinación de actividades empresariales en prevención - en caso de empresas de contrata, subcontrata y autónomos].
- 13 [En caso, Ley 14/94 y RD 216/97, en cuanto a disposiciones mínimas de seguridad y salud de trabajadores/as de ETT].

- 14 Artículo 123 de la Ley General de la Seguridad Social, en cuanto al recargo de prestaciones por infracción de la legislación en prevención de riesgos laborales del empresario.
- 15 [Establecer cualquier otro fundamento legal aplicable].

POR TODO LO EXPUESTO SOLICITO:

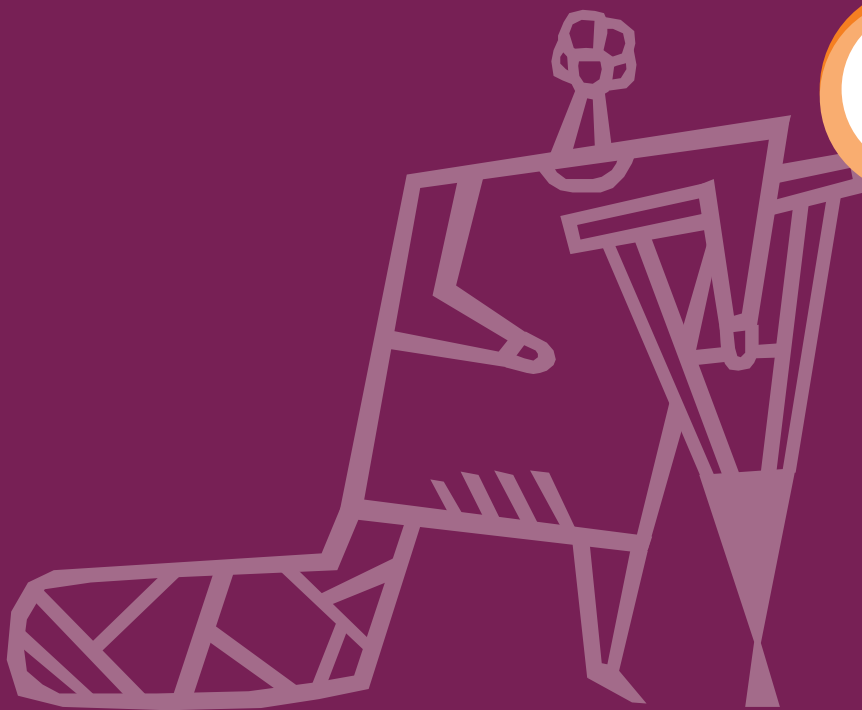
Que se tenga por presentada esta denuncia con todas sus copias contra la empresa _____, la admita a trámite y a la vista de todo lo expuesto, compruebe la veracidad de la misma practicando la oportuna visita a la empresa en la mayor brevedad, y proceda a realizar a la empresa los siguientes requerimientos: [determinar qué cosas concretas se pretende que realice la empresa].

- Que presente la evaluación de riesgos, y concretamente aquella parte que hace referencia al puesto de trabajo. En caso de que fuera insuficiente, la modificación de la misma en un plazo determinado, al haberse producido un daño a la salud.
- Que presente la información y la formación que han dado al trabajador/a accidentado sobre los riesgos específicos de su puesto de trabajo. En caso de que no existiese o fuera insuficiente, que se realice en un plazo concreto.
- [En su caso - y cuando el accidente intervenga una máquina-, que aporte información documental sobre las medidas de seguridad de la máquina, antes y después del accidente objeto de esta denuncia. En caso de que no existieran o fueran insuficientes, que se implanten estableciendo un plazo de cumplimiento].
- [En su caso - y cuando en el accidente intervenga una máquina-, que aporte información documental sobre la adaptación de las máquinas al RD 1215/97 y de su correspondiente homologación. En el caso de que no adecuara, que se le dicte un plazo para el cumplimiento de dichos requisitos].
- Que presente los recursos destinados a la prevención, concretamente la modalidad preventiva elegida, recursos económicos y materiales destinados, y fundamentalmente recursos personales, en cuanto al personal adscrito, titulación, funciones y competencias. En caso de que fueran insuficientes, la adecuación de los mismos dentro de un plazo.
- [En su caso, que permita de una forma efectiva la participación de los delegados/as de prevención en la actividad preventiva realizada dentro de la empresa, y que se cumplan derechos básicos de éstos, como que puedan tener a su disposición la información demandada, que se les consulte con carácter previo la evaluación de riesgos y sus modificaciones, etc].

- [En su caso, que presente el plan de emergencia, y demuestre la operatividad de dicho plan, p.e. si se han realizado simulacros, etc., a los efectos de comprobar la eficacia de la prestación de primeros auxilios en caso de accidente].
- [En su caso, que se paralice la actividad en el puesto de trabajo hasta que se hayan realizado las medidas preventivas correspondientes y haya desaparecido el riesgo grave e inminente].
- Que presente la documentación sobre el índice de siniestralidad existente en ese puesto de trabajo en los últimos años.
- Que presente el parte de accidente de trabajo y demuestre la comunicación a la autoridad laboral del mismo.
- Que presente el informe de investigación del accidente de trabajo.
- Que presente las medidas preventivas que han adoptado en el puesto de trabajo después del accidente.
- _____ [en caso de que existan empresas de subcontrata, contrata y autónomos, que presente el procedimiento de coordinación de actividades empresariales en materia preventiva].
- _____ [determinar cualquier otro requerimiento a la empresa que se considere interesante].

Que, asimismo, se acuerde el recargo de prestaciones a cargo de la empresa para el trabajador/a accidentado (y que en su caso - en el supuesto de que el trabajador/a no haya fallecido- se realice el correspondiente requerimiento al centro médico donde ha sido tratado el trabajador/a, para que aporte los informes médicos que indiquen el estado en que fue ingresado, a los efectos de comprobar la incidencia en el estado de salud de trabajador/a de la falta de prestación de primeros auxilios debido a la inoperancia del plan de emergencia existente en la empresa).

Finalmente, en vista de las actuaciones practicadas de oficio por esta Inspección, y de los requerimientos solicitados en esta denuncia, se levanten las correspondientes Actas de Infracción, si procediese, teniéndome por parte a todos los efectos en mi condición de interesado y notificándome el resultado de cada una de las gestiones. También interesa al firmante que se requiera su presencia, en su caso, en el momento de proceder a la inspección. Asimismo, en su caso, y si eventualmente se pudiera incumplir alguno de los artículos del Código Penal aplicables, se remita el presente procedimiento a la Fiscalía.



PRESTACIÓN
de LA
SEGURIDAD
SOCIAL

PRESTACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las prestaciones son un conjunto de medidas que pone en funcionamiento la Seguridad Social para prevenir, reparar o superar determinadas situaciones de infortunio o estados de necesidad concretos, que suelen originar una pérdida de ingresos o un exceso de gastos en las personas que los sufren. En su mayoría económicas, las prestaciones son las siguientes:

INCAPACIDAD TEMPORAL

La incapacidad temporal será consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y durará mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo.

La cuantía del subsidio será el 75% de la base reguladora, y se percibirá desde el día siguiente al de la baja.

La duración máxima será de 12 meses, prorrogables a otros 6 cuando se presuma que en este tiempo el trabajador pueda ser dado de alta por curación. Cuando este plazo máximo de 18 meses se haya extinguido, se examinará en un plazo máximo de tres meses el estado del incapacitado, a efectos de su calificación, como incapacitado permanente.

Puede pasar que el trabajador estando de baja por incapacidad temporal, la mutua considere que se encuentra recuperado de sus dolencias, y el trabajador aun se encuentre aquejado de ellas, o también puede ocurrir que pasados los 12 meses máximos de duración, no se le conceda una prórroga a su situación, aún cuando el trabajador no se encuentre recuperado. Por lo que se adjuntan los siguientes formularios:

Procedimiento de revisión de las altas médicas expedidas por la Mutua de AT y EP o la empresa colaboradora

Procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por la Entidad gestora a partir de los 365 días

MATERNIDAD Y PATERNIDAD

A efectos de la prestación económica, se considera situación protegida el periodo de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto por otro compatible con su estado, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados. La prestación tendrá la naturaleza de prestación derivada de contingencias profesionales.

REQUISITOS

- Situación de alta en Seguridad Social.
- Estar embarazada o, en su caso, en situación de lactancia natural.
- Desempeñar un puesto de riesgo para el embarazo o lactancia natural.
- Que la empresa suspenda el contrato de trabajo por imposibilidad de adaptación o por la inexistencia de un puesto de trabajo exento de riesgo.

Cuando la adaptación de condiciones o del tiempo de trabajo no resultase posible o, a pesar de tal adaptación, las condiciones del puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada, del feto o del hijo lactante, la trabajadora deberá solicitar a la Entidad Gestora o Colaboradora certificado de riesgo, para lo cual presentará la siguiente documentación:

Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

Prestación económica destinada a los progenitores, adoptantes o acogedores que reducen su jornada de trabajo para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra grave enfermedad.

El subsidio tiene por objeto compensar la pérdida de ingresos que sufren los interesados al tener que reducir su jornada, con la consiguiente disminución de su salario, por la necesidad de cuidar de manera directa, continua y permanente a los hijos o menores a su cargo, durante el tiempo de su hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

La Gestión y pago de esta prestación es a cargo de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con quien la empresa tenga concertada la cobertura de contingencias profesionales.

Formularios que se adjuntan.

Comunicación de embarazo o lactancia
Solicitud de estudio de puesto de trabajo
Reclamación previa al INSS
Solicitud prestación de lactancia al INSS cuando la mutua lo deniega
Cambio de contingencia
Demanda de embarazo
Solicitud cuidado de menores

COMUNICACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: COMUNICACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA.

En, _____ a _____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en _____, en la Calle _____ trabajadora de la empresa _____ con categoría de _____ y puesto de trabajo _____.

Comunico a la empresa que me hallo en la siguiente situación:

Embarazo

Periodo de lactancia natural

Con el fin de que la empresa cumpla con la normativa legal vigente de protección de la trabajadora embarazada o periodo de lactancia y que adopte las medidas preventivas oportunas en función de los riesgos y condiciones de mi puesto de trabajo y se cumpla lo establecido en el art. 26 de la LPRL en relación a la protección de la maternidad.

Atentamente,

Fdo: Nombre y Apellidos

Recibi:

Fecha:

Firma y Sello:

SOLICITUD DE ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO.

En, _____ a ____ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO:

En la evaluación de riesgos de la empresa, no se ha tenido en cuenta los posibles riesgos que puedan ocasionar daños a las trabajadoras embarazadas o al feto la realización de las tareas propias del puesto de trabajo.

El puesto de trabajo _____, no se encuentra adaptado para estas trabajadoras, al estar expuestas _____ (Ejemplos: movimientos repetitivos, elevación manual de cargas, exposición a agentes químicos, estrés, . . .), que pueden repercutir negativamente en el proceso de gestación. Por todo ello,

SOLICITO

Que se realice un estudio específico del puesto, para determinar si las tareas que se desarrollan pueden incidir negativamente sobre el estado de salud de las trabajadoras durante el proceso de gestación.

Atentamente,

Fdo: Nombre y Apellidos

Recibí:

Fecha:

Firma y Sello:

RECLAMACIÓN PREVIA AL INSS

Nombre y Apellidos, mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en _____, en la Calle _____ con teléfono de contacto número _____, y número de afiliación a la Seguridad Social _____.

Comparece y como mejor proceda en DERECHO.

EXPONE

Que por medio del presente escrito interpone RECLAMACIÓN PREVIA a la vía jurisdiccional social de conformidad a lo dispuesto en el art. 71.1 Ley de Procedimiento Laboral contra la decisión de la entidad colaboradora Mutua _____ de no reconocer los hechos que se relacionan como riesgo para el embarazo.

HECHOS

1º. Que trabajo en la empresa _____. En el centro de trabajo de _____ con la categoría profesional de _____ realizando funciones _____. [adjuntar fotocopia descripción de tareas].

2º. Que en mi puesto de trabajo realizo las actividades relacionadas y me expongo a _____. [adjuntar fotocopia evaluación de riesgos].

3º. Que me encuentro en situación de embarazo, sin que existan problemas en la gestación. [adjuntar fotocopia médico de familia].

4º. Que la empresa reconoce no tener puesto de trabajo compatible con mi estado de gestación y sin los riesgos para el embarazo. [adjuntar fotocopia].

5º. Que ante lo expuesto, la Mutua referida, se niega a reconocer tal situación y gestionar la prestación por riesgo para el embarazo. [adjuntar negativa].

6º. Que este Organismo se sirva tener por presentado este escrito a los efectos oportunos en tiempo y forma.

En, _____ a ____ de _____ 20 ____

Atentamente,
Fdo: Nombre y Apellidos

SOLICITUD PRESTACIÓN DE LACTANCIA AL INSS CUANDO LA MUTUA LO DENIEGA

Nombre y Apellidos, mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en _____, en la Calle _____ con teléfono de contacto número _____, y número de afiliación a la Seguridad Social _____.

Por medio del presente escrito, viene a plantear **SOLICITUD de la PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA** de conformidad con lo dispuesto en el art. 135 bis de la Ley de General de la Seguridad Social y RD 1251/2001, viniendo a señalar los siguientes:

HECHOS:

PRIMERO.

Que, trabajo al servicio de la empresa _____, de _____ con domicilio en _____ de esta localidad, con la antigüedad de _____ en el puesto de trabajo, con la categoría de _____.

SEGUNDO.

Que con fecha _____ solicito a la Mutua _____, por ser la mutua contratada por la empresa, prestación de riesgo durante la lactancia natural.

TERCERO.

Que se adjuntó documentación médica del pediatra y médico de cabecera, así como informe de la empresa indicando los riesgos del puesto de trabajo, y declarando la no existencia de puesto alguno en que poder ser reubicada.

CUARTO.

Que el día _____ dicha mutua emitió un informe denegando dicha prestación, por considerar que no estaba relacionada la situación de riesgo de la trabajadora y el hijo menor de nueve meses con agentes, procedimientos o condiciones de trabajo de su puesto desempeñado.

(Se adjunta documentación presentada a dicha mutua e informe facilitado por la Mutua denegando la prestación por Riesgo durante la lactancia.)

SOLICITO:

Se me reconozca el derecho a percibir la prestación de riesgo durante la lactancia por parte de la mutua. Teniendo en cuenta que, en el momento de presentar la solicitud no resultó posible ni la adaptación de las condiciones de trabajo o el tiempo de trabajo, así como desempeñar otro puesto de trabajo o función diferente compatible con su estado (Art. 26 LPRL) y considerando que concurre la situación protegida conforme Art.14 y 22 del RD 1251/2001.

Y, por lo expuesto,

SÚPLICO a este Organismo, que, habiendo por presentado este escrito, se sirva admitirlo, y, en su virtud, y en base a lo expuesto en el mismo, dicte Resolución en virtud de la cual, se acceda a lo solicitado en la presente Reclamación.

En, _____ a _____ de _____ 20____

Fdo: Nombre y Apellidos

CAMBIO DE CONTINGENCIA

Nombre y Apellidos, mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en _____, en la Calle _____ con teléfono de contacto número _____, y número de afiliación a la Seguridad Social _____.

Comparece y como mejor proceda DICE:

1º. Que con fecha _____ inicio proceso de Incapacidad Temporal (IT) por contingencia común expedido por el sistema público de salud de _____ y por el doctor/a _____, colegiado número ____.

2º. El proceso se inició como contingencia común al ser rechazado por la Mutua _____, Habiéndose denegado el reconocimiento de existencia de riesgo para el embarazo o la lactancia en el puesto de trabajo.

3º. Que tras haber presentado reclamación en la Mutua se inició proceso de cambio de contingencias.

Que en función de lo expuesto SOLICITO

Que ese organismo considere por lo manifestado y tenga por presentada mi **DISCONFORMIDAD** ante la calificación de la Mutua a tenor de lo establecido en art. 128.1 de Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en su redacción dada por Ley 40/2007 de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social (BOE 05/12/2008) y considere mi caso para **DETERMINAR que la incapacidad temporal sufrida obedece a la contingencia de accidente de trabajo/enfermedad profesional**, todo ello a los efectos legales oportunos.

En, _____ a ____ de _____ 20 ____

Fdo: Nombre y Apellidos

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LAS ALTAS MÉDICAS EXPEDIDAS POR LA MUTUA DE AT Y EP O LA EMPRESA COLABORADORA



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Número de la Seguridad Social	DNI, NIE, pasaporte	Teléfono fijo Teléfono móvil				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad			
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indiquenos su dirección								
Profesión Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral								

2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua de AT y EP de la S Social/ Empresa Colaboradora
Fecha de la baja médica Fecha del alta médica

4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

- Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
- Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
- Solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, conforme consta en este formulario.
Recibida la solicitud del historial clínico

Sello de entrada de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o de la Empresa Colaboradora

5. ALEGACIONES

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Entidad Colaboradora, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informalizado a dichos datos.

....., a de de 20

Firma,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de

PROCEDIMIENTO DE DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA EMITIDA POR LA ENTIDAD GESTORA (INSS) A PARTIR DE LOS 365 DÍAS



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



MANIFESTACIÓN DE DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA EMITIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad Social /		DNI, NIE, pasaporte		Teléfono fijo				
				Teléfono móvil				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indiquenos su dirección								

2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha de la baja médica
Cuando ha recibido el alta médica, emitida por el INSS, estaba percibiendo el subsidio a través de:
<input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> SPEE/INEM <input type="checkbox"/> INSS

3. DATOS DE LA RECEPCIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR EL TRABAJADOR

Fecha del acuse de recibo

SOLICITUD CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono fijo		Teléfono móvil		
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad			
Relación con el menor								
<input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor								
1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR Es familia monoparental ⁽¹⁾ SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/ACOGEDOR/TUTOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			
DNI-NIE-Pasaporte		Número de la Seguridad Social		¿Trabaja por cuenta ajena o propia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Pertenece en razón de su actividad al:							
<input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Funcionario/a ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Régimen Especial de <input type="checkbox"/> Otros (Colegio profesional, etc.)							

3.- DATOS DEL MENOR/ES

Apellidos y nombre		DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento
Apellidos y nombre		DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento

4.- MOTIVO DE LA SOLICITUD

INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR	
Fecha del ingreso hospitalario del menor	
¿Ha reducido la jornada laboral? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio de la jornada reducida
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)	

5.- OTROS DATOS

5.1 DATOS FISCALES	
Tipo voluntario de retención por IRPF %	
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:	
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario %	
5.2 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia	

(1) Se entenderá por familia monoparental la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye el sustentador único de la familia.
 (2) Señalar sólo si se trata de funcionarios incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).

20110808

84015

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-Pasaporte
---------------------	-------------------

5.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)					
Domicilio habitual: (calle o plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal	Localidad			
Provincia	País			Apartado de correos	
5.4 INFORMACIÓN TELEMÁTICA					
¿DESEA recibir información por SMS? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indiquenos su dirección					

6.- ALEGACIONES

7.- MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

EN VENTANILLA <input type="checkbox"/>	código IBAN																																																																						
EN CUENTA/LIBRETA <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 12.5%;">CÓDIGO PAÍS</th> <th style="width: 12.5%;">ENTIDAD</th> <th style="width: 12.5%;">OFICINA/SUCURSAL</th> <th colspan="4" style="width: 50%;">NÚMERO DE CUENTA</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="width: 5%;">D. CONTROL</td> <td colspan="3" style="width: 45%;">CCC</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA							D. CONTROL	CCC																																																										
CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA																																																																				
			D. CONTROL	CCC																																																																			

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos de identificación personal, y de los causantes, los de residencia, los que figuren en el Registro Civil y en la Agencia Estatal de Administración Tributaria o Haciendas Forales, puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

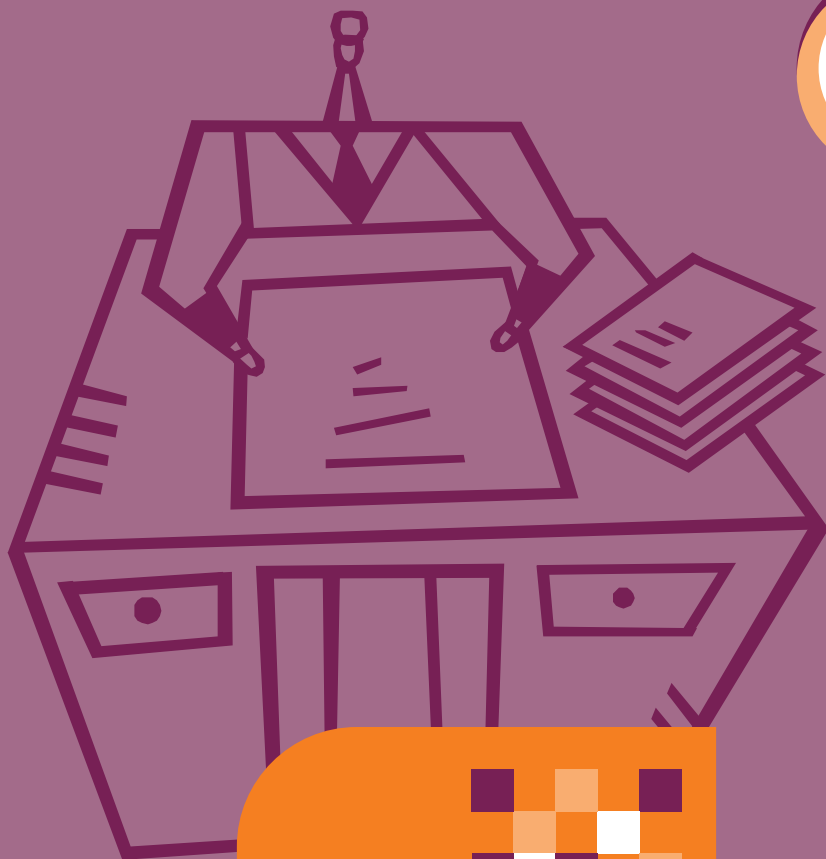
..... a de de 20

Firma del/la solicitante,

Firma del otro progenitor,

20110808

8-015



MUTUAS

MUTUAS

En nuestro sistema de Seguridad Social, los empleadores están obligados a tener aseguradas la contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

Algunos empresarios aseguran esta contingencia directamente con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), pero la mayoría están asociados a Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS).

Las Mutuas dan una serie de servicios a sus empresas asociadas. Dado que estos servicios se derivan de nuestro sistema de Seguridad Social, deben orientarse a cumplir sus fines. Son entidades sin ánimo de lucro y se rigen por la normativa de Seguridad Social (LGSS, Real Decreto 1993/1995).

Las Mutuas se encargan de la gestión de las contingencias profesionales, incluidas la prestación sanitaria, y pueden asumir la gestión del subsidio por Incapacidad Temporal derivada de enfermedad común.

Pueden desarrollar actividades preventivas para sus empresas afiliadas, tanto en el ámbito de la cobertura de la contingencias profesionales, como actuando para ellas como Servicios de Prevención externo (como "Sociedades de Prevención").

FORMULARIOS

Solicitud de información de servicios contratados.
Informe negativo a cambio de mutua.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS CONTRATADOS

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS CONTRATADOS.

En, _____ a ___ de _____ 20____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

De acuerdo con el Art. 61.3 y 69.3 del RD 1993/1995 del 7 de diciembre donde se recoge que la empresa deberá entregar a la Mutua informe previo del comité de empresa o delegados/as de personal.

SOLICITO

¿Con quien tenemos concertadas las contingencias profesionales?
Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

¿Cuáles son las razones por las que se ha decidido concertar las contingencias profesionales con una Mutua y no con el Instituto Nacional de la Seguridad Social?

Razonar los motivos por los que se ha optado por esta Mutua y no por otra.

¿Quién asume las contingencias comunes?

¿Desde cuando existe este concierto?

¿Cuándo finaliza el concierto?

¿Por qué motivo no se ha participado en la elección de la Mutua?

Espero contestación a las cuestiones planteadas en un plazo máximo de **15 días**.

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibí:
Fecha:
Firma y Sello:

INFORME NEGATIVO A CAMBIO DE MUTUA

Att./ Nombre, cargo y empresa u organismo que representa.

Asunto: INFORME NEGATIVO A CAMBIO DE MUTUA.

En, _____ a ___ de _____ 20 ____

Nombre y Apellidos, en calidad de Delegado/a de Prevención de esta empresa y como representante de los/as trabajadores/as en materia preventiva.

EXPONGO

La no conformidad en la elección de la Mutua y tal y como se desprende en la Instrucción de 22 de Diciembre de 2008 el empresario al suscribir el "documento de asociación o proposición de asociación" deberá entregar a la misma un informe emitido al respecto por el representante de los trabajadores.

También deberá presentar un informe en caso de cambio de Mutua para la cobertura de accidentes de trabajo y la gestión económica de la Incapacidad Temporal por causas comunes.

Por lo que pasamos a exponer los siguientes motivos de oposición:

Atentamente,

Fdo: Delegado/a de Prevención
Nombre y Apellidos

Recibi:
Fecha:
Firma y Sello:

Edita:

Gabinete Regional de Salud Laboral,
Drogodependencia y Medio Ambiente de CCOO
de Castilla-La Mancha

Plaza Horno de la Magdalena, 1

45001- Toledo

Tlf. 925 289 751

Fax 925 255 752



tú ganas

Con la financiación de:



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES



Impreso en papel reciclado