



IDENT. DE LA EMP	NIF	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		CNAE 2009-3 DIG	PLANTILLA	
	DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			CP	MUNICIPIO	PROVINCIA
	TEL	CORREO ELECTRÓNICO				

Se indica de forma **no exhaustiva (*)** qué sujeto puede determinar cada ítem. **MP-** Modalidad Preventiva **E-** Empresario **C-** Conjunta
(*) Esta interpretación está condicionada al articulado de la Ley 31/1995 de PRL y a razones contractuales entre la modalidad preventiva y empresa.

A	SISTEMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)				
1 (E)	MODALIDAD ADOPTADA EN PRL POR LA EMPRESA: Ninguna <input type="checkbox"/> Propio Empresario <input type="checkbox"/> Trabajador Designado <input type="checkbox"/> Servicio de Prevención Propio <input type="checkbox"/> Servicio de Prevención Mancomunado <input type="checkbox"/> Servicio de Prevención Ajeno (SPA) <input type="checkbox"/> CIF(SPA) _____, _____.				
2 (MP)	OBLIGACIÓN DE AUDITORÍA <input type="checkbox"/>	Se ha realizado la auditoría <input type="checkbox"/>	Se ha presentado la exención del Anexo II del RSP <input type="checkbox"/>		
B	PLAN DE PREVENCIÓN				
3 (C)	ESTADO DEL PLAN DE PREVENCIÓN DE LA EMPRESA FINALIZADO <input type="checkbox"/> EN REALIZACIÓN <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>				
4 (E)	ESTADO DE LOS PLANES FINALIZADOS : Implantado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
5 (E)	ESTADO DE LOS PLANES FINALIZADOS : Adaptado NO <input type="checkbox"/> PARCIAL. SING. <input type="checkbox"/> TOTAL. SING. <input type="checkbox"/> PARCIAL. PERS.. <input type="checkbox"/> TOTAL. PERS. <input type="checkbox"/>				
C	EVALUACIÓN DE RIESGOS				
6 (C)	PUESTOS DE TRABAJO EVALUADOS TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>				
7 (C)	ACTUALIZACIÓN DE LAS EVALUACIONES DE RIESGOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>				
8 (MP)	ALCANCE. ELEMENTOS CONSIDERADOS:				
8.1	SEGURIDAD PROCEDE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>				
	8.1.1 Equipos de trabajo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.1.2 Lugares de trabajo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.1.3 Riesgos especiales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.1.4 Atmósferas explosivas (ATEX)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
8.2	HIGIENE PROCEDE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>				
	8.2.1 Contaminantes físicos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.2.2 Contaminantes químicos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.2.3 Contaminantes biológicos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
8.3	ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA PROCEDE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>				
	8.3.1 Carga física	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.3.2 Confort acústico-térmico-visual-CAI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			
	8.3.3 Factores de riesgo psicosociales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>			

FIRMAS	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	REPRESENTANTE DEL PERSONAL	MODALIDAD PREVENTIVA (4) (4) En el caso de que la modalidad preventiva sea un SPA, debe firmar el documento el SPA (sello) que actualmente tenga concertado en activo con la empresa.
	FDO- DNI - Nombre y apellidos Fecha:	FDO- DNI - Nombre y apellidos Fecha:	FDO- DNI - Nombre y apellidos Fecha:

D PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA	
9 (C)	DOCUMENTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(C)	Existe programa anual de actividades preventivas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(MP)	Contiene todas las medidas pendientes de implantación para eliminar, controlar o reducir los riesgos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(MP)	Existe una prioridad para cada una de las medidas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(E)	Incluye los responsables para la ejecución de las medidas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(E)	Se asignan los recursos económicos precisos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(E)	Se establecen las fechas previstas de implantación de las medidas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
(C)	Verificación de la realización de las actividades y valoración de su eficacia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
E CONTROLES PERIÓDICOS DE LOS RIESGOS	
10 (E)	CONTROL DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
11 (E)	CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
F PRESENCIA EN EL CENTRO DE TRABAJO DE LOS RECURSOS PREVENTIVOS	
12 (MP)	LA EVALUACIÓN IDENTIFICA AQUELLOS RIESGOS QUE REQUIEREN LA PRESENCIA DE LOS RECURSOS PREVENTIVOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
13 (C)	LA PLANIFICACIÓN PREVENTIVA DETERMINA LA FORMA DE LLEVAR A CABO LA PRESENCIA DE LOS RECURSOS PREVENTIVOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
G FORMACIÓN E INFORMACIÓN	
14 (C)	TRABAJADORES QUE HAN RECIBIDO FORMACIÓN EN MATERIA PREVENTIVA: General de la empresa TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Específica del puesto TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Medidas de emergencia TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
15 (C)	TRABAJADORES QUE HAN RECIBIDO INFORMACIÓN EN MATERIA PREVENTIVA: General de la empresa TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Específica del puesto TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Medidas de emergencia TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
H VIGILANCIA DE LA SALUD	
16 (C)	TRABAJADORES CON LOS QUE SE HAN CUMPLIDO LAS OBLIGACIONES EN MATERIA DE VIGILANCIA DE LA SALUD: Previo/inicial TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Periódica TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Reincorporación TODOS <input type="checkbox"/> ALGUNOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
17 (MP)	SE HAN DETERMINADO LOS PUESTOS DE TRABAJO EN LOS QUE LA VIGILANCIA DE LA SALUD ES OBLIGATORIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
18 (MP)	LOS PROTOCOLOS APLICADOS SE CORRESPONDEN CON LOS RIESGOS CONTEMPLADOS EN LA EVALUACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
I EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)	
19 (MP)	SE HAN DEFINIDO LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LOS EPI EN FUNCIÓN DE LOS RIESGOS DEL PUESTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
20 (E)	SE SUMINISTRAN LOS EPI DEFINIDOS EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
J DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO	
21 (E)	SE INVESTIGAN LOS INCIDENTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
22 (C)	SE INVESTIGAN LOS ACCIDENTES SIN BAJA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
23 (C)	SE INVESTIGAN LOS ACCIDENTES CON BAJA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
24 (C)	SE INVESTIGAN LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
25 (MP)	SE REVISLA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS CON MOTIVO DE LOS DAÑOS PARA LA SALUD DERIVADOS DEL TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
26 (E)	SE ADOPTAN MEDIDAS CORRECTORAS COMO CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS PARA LA SALUD DERIVADOS DEL TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>

FIRMAS	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	REPRESENTANTE DEL PERSONAL	MODALIDAD PREVENTIVA (4) (4) En el caso de que la modalidad preventiva sea un SPA, debe firmar el documento el SPA (sello) que actualmente tenga concierto en activo con la empresa.
	FDO- DNI - Nombre y apellidos Fecha:	FDO - DNI - Nombre y apellidos Fecha:	FDO - DNI - Nombre y apellidos Fecha:

K TRABAJADORES ESPECIALMENTE SENSIBLES-MATERNIDAD-MENORES	
27 (E)	EXISTEN TRABAJADORES SENSIBLES-MATERNIDAD-MENORES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
28 (MP)	SE HAN CONSIDERADO LAS LIMITACIONES DE ESTOS TRABAJADORES EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
29 (E)	SE HAN ADOPTADO LAS MEDIDAS PREVISTAS EN LA EVALUACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
L MEDIDAS DE EMERGENCIA Y/O AUTOPROTECCIÓN	
30 (C)	EXISTEN MEDIDAS DE EMERGENCIA Y/O AUTOPROTECCIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
31 (E)	ESTÁN IMPLANTADAS LAS MEDIDAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
M CONSULTA Y PARTICIPACIÓN	
32 (E)	SE REALIZA CONSULTA Y PARTICIPACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
33 (E)	ACCIONES REALIZADAS: Selección del Sistema de Gestión de PRL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
	Evaluación de riesgos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
	Planificación de la actividad preventiva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
	Otras materias (selección de EPI's, investigación de daños, etc.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
N COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES	
34 (C)	SE DISPONE DE SISTEMA DE COORDINACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
35 (E)	SE REALIZA LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
Ñ (E) SEGURIDAD VIAL	
36 (E)	HAN OCURRIDO AATT RELACIONADOS CON EL TRÁFICO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
37 (E)	FORMA DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO OCURRIDOS IN ITINERE <input type="checkbox"/> EN MISION <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/>
38 (C)	ACTIVIDADES PREVENTIVAS REALIZADAS EN RELACIÓN CON LOS AATT DE TRÁFICO:
	Investigación de los AATT por tráfico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
	Consideración de la seguridad vial en la evaluación de riesgos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
	Formación a los trabajadores en seguridad vial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
Información a los trabajadores sobre seguridad vial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	
O SECTORES ESPECÍFICOS	
39 (C)	OBRAS DE CONSTRUCCIÓN NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
39.1 (C)	OBRAS CON PROYECTO: PLAN SEGURIDAD Y SALUD (PSS) PROCEDE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
	Se dispone de PSS de cada obra SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
	El PSS se ajusta a la obra SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
39.2 (C)	OBRAS SIN PROYECTO: EVALUACIÓN DE RIESGOS PROCEDE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> Existe ER específica para los trabajos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
40 (C)	EMPRESAS DE TRABAJO TEMPORAL (ETT) PROCEDE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
40.1 (MP)	LA MODALIDAD PREVENTIVA DE LA EMPRESA TIENE EN CUENTA AL PERSONAL PUESTO A DISPOSICIÓN, EN TODAS LAS ESPECIALIDADES TÉCNICAS. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
40.2 (C)	SE REALIZA LA VIGILANCIA DE LA SALUD DEL PERSONAL PUESTO A DISPOSICIÓN EN TODOS AQUELLOS PUESTOS DE TRABAJO EN LOS QUE TENGA CARÁCTER OBLIGATORIO. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
40.3 (C)	EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES PUESTOS A DISPOSICIÓN: Contiene parte práctica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>
	Es específica del puesto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/> Es impartida por la modalidad preventiva de la ETT SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SIN INFO <input type="checkbox"/>

FIRMAS	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	REPRESENTANTE DEL PERSONAL	MODALIDAD PREVENTIVA (4) <small>(4) En el caso de que la modalidad preventiva sea un SPA, debe firmar el documento el SPA (sello) que actualmente tenga concertado en activo con la empresa.</small>
	FDO - DNI - Nombre y apellidos Fecha:	FDO - DNI - Nombre y apellidos Fecha:	FDO - DNI - Nombre y apellidos Fecha: