



## MODELO COMUNICACIÓN DE APERTURA DE CENTRO DE TRABAJO (PARTE A)

## Datos de la empresa



De nueva creación



Ya existente

Expediente nº \*

Nombre o razón social

N.I.F.

Dirección

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

Teléfono (fijo/móvil)

Correo electrónico

Actividad económica (CNAE)

Entidad Gestora o Colaboradora de A.T. y E.P.

## Datos del centro de trabajo



De nueva creación 1



Reanudación de actividad 2



Cambio de actividad 3



Traslado 4

Nombre

Dirección

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

Actividad económica (CNAE)

Teléfono (fijo/móvil)

Fecha de iniciación de la actividad del centro  
al que se refiere la presente comunicación

Nº Inscripción Seguridad Social

N.º de trabajadores ocupados

Día

Mes

Año

Mujeres

Hombres

Total

Clase de centro de trabajo, taller, oficina, almacén... (si se trata de centro móvil, indicar su posible  
localización)Superficie construida (m<sup>2</sup>)

## Modalidad de organización preventiva

Asunción personal por el  
empresario

Trabajador/es designado/s



Servicio de prevención propio



Servicio de prevención ajeno

Continúa en la página siguiente



**Datos de producción y/o almacenamiento del centro de trabajo**

Especificación de la maquinaria y aparatos instalados

Potencia instalada (KW ó CV)

¿Realiza trabajos o actividades incluidas en el Anexo I del R.D. 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (B.O.E. 31-1-1997)?

 Sí No

En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes

Firma del Empresario o representante de la empresa

En

a

de

de


**MODELO COMUNICACIÓN DE APERTURA DE CENTRO DE TRABAJO (PARTE B)**
**En el caso de tratarse de una obra en construcción**

Nº de Inscripción Registro de Empresas Acreditadas

Nº de expediente de la primera comunicación\*

 Acompaña Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado  
(Cuando sea exigible conforme al RD 1627/97 de 24 de Octubre).

 Acompaña Evaluación de Riesgos  
(Cuando no sea exigible el plan de Seguridad y Salud)

Tipo de obra

Dirección de la obra

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

Fecha de comienzo de la obra

Día

Mes

Año

Duración prevista de los trabajos de la obra

Duración prevista de los trabajos en la obra del contratista

Nº máximo estimado de trabajadores en toda la obra

Nº previsto de subcontratistas y trabajadores autónomos en la obra dependientes del contratistas

¿Realiza trabajos o actividades incluidas en el Anexo II del R.D. 1627/1997, de 24 de octubre, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción?



En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes

Promotor

Razón social

N.I.F.

Dirección

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

\*Espacio a cubrir por la Administración

Continúa en la página siguiente



**Proyectista/s**

Nombre y Apellidos

N.I.F./N.I.E.

Dirección

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

**Coordinador de seguridad y salud en fase de elaboración de proyecto**

Nombre y Apellidos

N.I.F./N.I.E.

Dirección

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

**Coordinador de seguridad y salud en fase de ejecución de la obra**

Nombre y Apellidos

N.I.F./N.I.E.

Dirección

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

Firma del Empresario o representante de la empresa

En

a

de

de