

COMUNICACIÓN DE APERTURA DE CENTRO DE TRABAJO ANEXO PARTE A

Presentar este formulario por duplicado

Expediente núm. _____

DATOS DE LA EMPRESA

De nueva creación 1 <input type="checkbox"/> Ya existente 2 <input type="checkbox"/>		C.I.F./D.N.I.: (En su defecto, pasaporte o documento sustitutivo)	
Nombre o razón social			
Domicilio		Municipio <input type="text"/>	
Provincia <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>	
Teléfono <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>		
Actividad económica <input type="text"/>		Entidad Gestora o Colaboradora de A.T. y E.P.: <input type="text"/>	

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

De nueva creación 1 <input type="checkbox"/> Reanudación de actividad 2 <input type="checkbox"/> Cambio de actividad 3 <input type="checkbox"/> Traslado 4 <input type="checkbox"/>			
Nombre <input type="text"/>		Municipio <input type="text"/>	
Domicilio <input type="text"/>		Provincia <input type="text"/>	
Actividad económica (CNAE 2009) <input type="text"/>		Tfno <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Fecha de iniciación de la actividad del centro al que se refiere la presente comunicación: dd/mm/aaaa		Nº ins. S.S. <input type="text"/>	
Número de trabajadores ocupados:		Hombres: <input type="text"/>	Mujeres: <input type="text"/>
		Total: <input type="text"/>	
Clase de Centro de Trabajo <small>Taller, oficina, almacén, obra de construcción ... (si se trata de centro móvil, indicar su posible localización)</small>		Superficie construida (m ²) <input type="text"/>	
Modalidad de organización preventiva	Asunción personal por el empresario	<input type="checkbox"/>	
	Trabajador/es designado/s	<input type="checkbox"/>	
	Servicio de prevención propio	<input type="checkbox"/>	
	Servicio de prevención ajeno	<input type="checkbox"/>	

DATOS DE PRODUCCION Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO

Maquinaria o aparatos instalados <input type="text"/>	Potencia instalada (kw o cv) <input type="text"/>
Realiza trabajos o actividades incluidos en el Anexo I del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE, 31-1-97) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades: <input type="text"/>	

_____, a de de
El empresario o representante de la empresa,

Fdo.

NOTAS:

* No escriba en los espacios sombreados

* Se cumplimentará a máquina o a bolígrafo con letras de imprenta

COMUNICACIÓN DE APERTURA DE CENTRO DE TRABAJO ANEXO PARTE B

Presentar este formulario por duplicado

EN EL CASO DE TRATARSE DE UNA OBRA DE CONSTRUCCIÓN

Núm. de inscripción Registro de Empresas Acreditadas		Núm. de expediente de la primera comunicación	
Acompaña Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado		<input type="checkbox"/>	
Acompaña Evaluación de Riesgos		<input type="checkbox"/>	
Tipo de obra		Dirección de la Obra	
Fecha de comienzo de la obra			
Duración prevista de los trabajos en la obra del contratista			
Número máximo estimado de trabajadores en toda la obra			
Número previsto de subcontratistas y trabajadores autónomos en la obra dependientes del contratista			
Realiza trabajos o actividades incluidos en el Anexo II del Real Decreto 1627/1997, de 24 de octubre, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especificar trabajos o actividades:			
Promotor			
Nombre/Razón social		Núm. Documento de Identificación Fiscal	
Domicilio	Localidad	Código Postal	
Proyectista/s			
Nombre y Apellidos		Núm. Documento de Identificación Fiscal	
Domicilio	Localidad	Código Postal	
Coordinador/es de seguridad y salud en fase de elaboración de proyecto			
Nombre y Apellidos		Núm. Documento de Identificación Fiscal	
Domicilio	Localidad	Código Postal	
Coordinador/es de seguridad y salud en fase de ejecución de la obra			
Nombre y Apellidos		Núm. Documento de Identificación Fiscal	
Domicilio	Localidad	Código Postal	

, a de de
El empresario o representante de la empresa,

Fdo.

NOTAS:

* No escriba en los espacios sombreados

* Se cumplimentará a máquina o a bolígrafo con letras de imprenta

* Si acompaña plan de Seguridad y Salud en el trabajo deberá aportar 3 copias del mismo así como del acta de su aprobación