



DATOS IDENTIFICATIVOS

EMPRESA : MANCOMUNIDAD INTEGRAL DE MUNICIPIOS VALLE DEL ALAGON	CENTRO DE TRABAJO: MANCOMUNIDAD INTEGRAL DE MUNICIPIOS VALLE DEL ALAGÓN
--	---

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

FECHA DE COMUNICACIÓN:

RIESGO POTENCIAL OBSERVADO

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/S DETECTADO/S Indicar : Riesgo/s detectados y actividades o tareas que el trabajador desarrolla relacionadas con el mismo y posibles medidas preventivas sugeridas para su control.

(A cumplimentar por el trabajador)

MEDIDA(S) ADOPTADAS PARA SU CORRECCIÓN (Cumplimentar cuando el riesgo sea controlable de aplicar medidas preventivas ya previstas con anterioridad)

(A cumplimentar por el responsable operativo)

RESPONSABLE OPERATIVO	RECIBÍ COORD. DEL CENTRO	RECIBÍ S.P.A. / Oficina P.R.L.
Fecha y firma	Fecha y firma	Fecha y firma

RIESGOS POTENCIALES NO CONTROLABLES DE APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS PREVISTAS CON ANTERIORIDAD

CONCLUSIONES DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN AJENO / Oficina de P.R.L.

Se requiere revisar la evaluación de riesgos: Si No

MEDIDAS PREVENTIVAS A PLANIFICAR POR EL COORDINADOR DEL CENTRO

(A cumplimentar por el Servicio de Prevención Ajeno)

CIERRE POR EL TÉCNICO DEL S.P.A. Oficina P.R.L.	RECIBÍ COORDINADOR DEL CENTRO	RECIBÍ RESPONSABLE OPERATIVO
Fecha y firma	Fecha y firma	Fecha y firma