

Nº Expediente:

REF.:

Sello Entrada

Cuestionario de Enfermedad Profesional

Trabajador

Apellidos y Nombre:

Número Afiliación a la Seguridad Social (NAF):/...../.....

Fecha de nacimiento:/...../.....

Domicilio: Calle/Pza./ Vía Número Piso

Población Código Postal Provincia

Tipo de Contrato (código):

Código de Ocupación (CNO):

Antigüedad en el puesto de trabajo (en meses):

Tipo de trabajo:

Fecha baja:/...../.....

Empresa

Nombre:

Código Cuenta Cotización (CCC):/...../.....

Código de Actividad Económica (CNAE):

Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa:

Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo: Si No

Existencia de información a los representantes de los trabajador/es en materia de seguridad e higiene en el trabajo: Si No

¿Se ha efectuado reconocimiento médico?: Si No

¿Existe informe de riesgo de EP por el empresario?: Si No

Dirección del lugar donde presta Servicios el trabajador/a (si es distinto del CCC):

Domicilio: Número Piso

Población Código Postal Provincia

¿Realiza el trabajador/a su actividad como subcontratado o cedido por ETT?: Si No

CCC de la Empresa Usuaria o Subcontratista :/...../.....

Datos económicos

A) Base de cotización mensual:

En el mes anterior: ,

Días cotizados:

B) Base de cotización al año:

B.1 - por horas extras: ,

B.2 - por otros conceptos: ,

..... , a de de 20.....

Firma y Sello de la Empresa: