

Nº Expediente:
REF.:

Sello Entrada

Información necesaria para la tramitación del Parte 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: Calle/Pza./ Vía 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:,