

Nº Expediente:

De acuerdo con el R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales, desarrollado por la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, esta Mutua notificará a la Dirección General de Ordenación del Ministerio de Trabajo e Inmigración el parte de enfermedad profesional, teniendo la empresa el deber de enviar la siguiente información:

Cuestionario de Enfermedad Profesional

Datos del TRABAJADOR

Apellidos y Nombre: DNI/NIE:

NAF: Fecha de Nacimiento :

Domicilio: Calle/Pza./ Vía Número Piso

Población Código Postal Provincia

Datos de la EMPRESA

Nombre:

Código Cuenta Cotización (CCC):

Contacto de contacto

Teléfono Correo electrónico

Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa:

Ninguna Servicio prevención ajeno Propio empresario

Servicio prevención mancomunado Servicio prevención propio Trabajador designado

Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo Si No

Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de prevención de Riesgo Laborales: (Art. 36.2c LPRL) Si No

¿Se ha efectuado reconocimiento médico? (Art. 196 LGSS) Si No

Existe informe de riesgo de EP por el empresario (art. 16.3 de la LPRL) Si No

Datos del PUESTO DE TRABAJO

Tipo Contrato

Centro de trabajo donde presta servicios el trabajador (si es distinto al del CCC):

Domicilio: Calle/Pza./ Vía Número Piso

Población Código Postal Provincia

	Puesto trabajo actual	Puesto trabajo anterior* (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional)
Código CNO		
Descripción CNO		
Tiempo trabajo (meses)		
Cód. tipo trabajo		
Descripción tipo trabajo		

