

SOLICITUD DATOS EMPRESA PARA LA CUMPLIMENTACION DE DATOS A TRANSMITIR AL CEPROSS

Datos a facilitar a la Mutua para que por la misma se pueda confeccionar el parte de Enfermedad Profesional, tal y como establece el Art. 4.2 del R.D. 1299/2006 de 10 de Noviembre (B.O.E. 19-12-2.006):

CCC	NOMBRE EMPRESA	TELEFONO
APELLIDO		NOMBRE
DNI	NAF	FECHA (Baja o asistencia)
OCUPACION	CODIGO OCUPACION	ANTIGÜEDAD MESES

MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA ADOPTADA POR LA EMPRESA:

- Ninguna Asunción por el empresario Servicio de prevención propio
 Servicio prevención ajeno Trabajador designado Servicio prevención mancomunado

- Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de seguridad e higiene:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- ¿Se ha efectuado reconocimiento médico?:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- ¿Existe informe de riesgo de E.P. por el empresario?:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Empresa de Trabajo Temporal:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- ¿Realiza el trabajador su actividad como subcontratado o cedido por ETT?:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN REFERIDA AL CCC DE LA EMPRESA USUARIA O SUBCONTRATISTA:

Nota: En el caso de que se marque SI en la casilla anterior, se deben rellenar los siguientes campos.

CCC	CNAE	PLANTILLA EMPRESA	DIRECCION	CODIGO POSTAL
-----	------	-------------------	-----------	---------------

Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa:

- Ninguna Asunción por el empresario Servicio de prevención propio
 Servicio prevención ajeno Trabajador designado Servicio prevención mancomunado

- Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Información al trabajador en prevención de riesgos laborales:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Existe informe de las causas de la E.P. elaborado por el empresario:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

DATOS ECONÓMICOS:

Nota: No es obligatorio cumplimentar los datos económicos cuando la asistencia sea sin baja médica. Caso de tiempo parcial o fijo discontinuo se indicará en la base de cotización mensual la suma de los tres meses anteriores.

Tiempo parcial Si No Fijo Discontinuo Si No

BASE COTIZACION MENSUAL
BASE MES ANTERIOR
DÍAS COTIZADOS:
BASE REGULADORA A

BASE COTIZACION ANUAL
B1 POR HORAS EXTRAS
B2 POR OTROS CONCEPTOS
TOTAL B1+B2
DIAS
PROMEDIO DIARIO BASE B

SUBSIDIO PROMEDIO DIARIO
BASE REGULADORA A
BASE REGULADORA B
TOTAL BASE REGULADORA DIARIA (A+B)
CUANTÍA DEL SUBSIDIO 75%

En _____ a _____ de 20____ Firma y sello de la empresa