

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 en el **plazo de 48 horas a partir de la recepción de este documento**, la información siguiente:

### 1. Datos trabajador/a

|                                           |                          |                                            |                   |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-------------------|
| Primer apellido                           | Segundo apellido         | Nombre                                     | NIF/NIE/Pasaporte |
| Causa baja                                | Fecha de baja asistencia | Base cotización mensual en el mes anterior |                   |
| Días cotizados                            | Teléfono                 | Base cotización anual horas extras         |                   |
| Base cotización anual por otros conceptos |                          |                                            |                   |

### 2. Datos de la empresa

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Código cuenta cotización:                               |
| Persona de contacto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Teléfono de contacto:                                   |
| Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa<br><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Servicio prevención propio<br><input type="checkbox"/> Servicio prevención ajeno <input type="checkbox"/> Servicio prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Trabajador designado |                                                         |
| Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de prevención (art. 36.2c de la LPRL)                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se ha efectuado reconocimiento médico? (art. 196 Ley General de la Seguridad Social)                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Existe informe de riesgo de EP por el empresario (art. 16.3 de la LPRL)                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

### 3. Datos del puesto de trabajo

|                                                                                                                                      | Puesto trabajo actual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Puesto trabajo anterior (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código CNO                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| Descripción CNO                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| Tiempo trabajo (meses)                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| Código trabajo                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| Descripción trabajo                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <b>Centro de trabajo donde presta servicios el trabajador si es distinto al del CCC</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| Dirección                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Teléfono                                                                                 |
| Localidad                                                                                                                            | C.P.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Provincia                                                                                |
| ¿Realiza el trabajador su actividad como subcontratado o cedido por una ETT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <b>En caso afirmativo</b>                                                                                                            | Código cuenta cotización de la empresa donde presta servicios el trabajador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                          |
|                                                                                                                                      | CNAE de la empresa donde presta servicios el trabajador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |
|                                                                                                                                      | Plantilla actual de la empresa donde presta servicios el trabajador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |
|                                                                                                                                      | Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa donde presta servicios el trabajador<br><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Servicio prevención propio<br><input type="checkbox"/> Servicio prevención ajeno <input type="checkbox"/> Servicio prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Trabajador designado |                                                                                          |
|                                                                                                                                      | Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                  |
|                                                                                                                                      | Existencia de información al trabajador en materia de prevención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                  |

*Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero de base de datos para el cálculo y control de la prestación económica que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de esta Entidad. En cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al fichero (art. 5 de la ley 15/1999 de 13 diciembre d Protección de datos de carácter personal, BOE del día 14).*

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Registro Entrada

Firma y sello de la empresa

Cargo:

Según establece el artículo 6, párrafo segundo, de la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, de no remitirse esta información, la Mutua tiene la obligación de poner en conocimiento de la autoridad laboral competente este incumplimiento y de tramitar el parte de enfermedad profesional.