

REG CP PE 01 002 (EP 1 02)
Información requerida a la Empresa para la notificación del parte de enfermedad profesional

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 del 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 extra	
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	
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Propio empresario
<input type="checkbox"/> Servicio prevención ajeno	<input type="checkbox"/> Servicio prevención mancomunado
	<input type="checkbox"/> Servicio prevención propio
	<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 CON		
Descripción CON		
Tiempo trabajo (meses)		
Código trabajo		
Descripción trabajo		
Centro de trabajo donde presta servicios el trabajador si es distinto al del CCC		
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		
En caso afirmativo	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	
	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Propio empresario
<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 de diciembre de 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.