

Annex D. Acreditació del compliment de la normativa vigent sobre coordinació d'activitats empresarials

Dades del centre de treball

Nom del centre

Adreça

Codi postal Municipi

Dades del/de la declarant

Nom de l'empresa, entitat o persona física aliena que realitza l'activitat

NIF/CIF

Nom i cognoms de la persona que representa l'empresa, entitat o persona física aliena que realitza l'activitat

Adreça electrònica

Declaració

Declaro que:

SÍ **NO** **NP***

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha impartit la informació i la formació en matèria preventiva als treballadors que han de prestar serveis en el centre de treball. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha lliurat als treballadors els equips de protecció individual (EPI) necessaris per dur a terme les tasques encomanades en el centre de treball. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Els treballadors que han de prestar els serveis al centre de treball compleixen els requisits d'idoneïtat per desenvolupar les tasques que tenen encomanades. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Els equips de treball que els treballadors de l'empresa o entitat han d'utilitzar per desenvolupar la seva tasca en el centre de treball compleixen els requisits establerts per la normativa vigent. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disposa de contracte vigent amb la mútua d'accidents de treball i malalties professionals.
Nom de la mútua: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Està al corrent i disposa dels TC-1 i TC-2 dels treballadors que realitzaran l'activitat en el centre de treball. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Està al corrent del pagament de la Seguretat Social. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disposa de l'avaluació de riscos laborals feta i actualitzada. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | S'ha passat, als treballadors, la informació rebuda del Pla d'emergència i d'avaluació de riscos laborals del centre de treball. Data de quan s'ha passat la informació: _____ |

Lloc i data

Signatura del o de la representant de l'empresa, entitat o persona física aliena
