



RERA

REGISTRO DE EMPRESAS CON RIESGO DE AMIANTO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nº REGISTRO: FECHA:

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE: RAZÓN SOCIAL: NIF: NISS: DOMICILIO SOCIAL: TERRITORIO HISTÓRICO: TELÉFONO: FAX : CORREO ELECTRÓNICO: CNAE: PERSONA QUE LO SOLICITA: CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:

SE ACOMPAÑA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REPRESENTANTE

ACREDITACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

INFORME DE VIDA LABORAL A FECHA DE LA SOLICITUD

DECLARA LA VERACIDAD DE LOS DATOS INCORPORADOS A LA PRESENTE FICHA

AUTORIZA LA PUBLICIDAD DE LOS DATOS SOBRE IDENTIDAD DE LA EMPRESA, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CARÁCTER PROFESIONAL INCORPORADOS AL PRESENTE DOCUMENTO

En a de de

Firma y sello de la autoridad laboral

Firma y sello de la empresa



RERA

REGISTRO DE EMPRESAS CON RIESGO DE AMIANTO

COMUNICACIÓN DE RENOVACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Nº REGISTRO: FECHA:

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE: RAZÓN SOCIAL: NIF: NISS: DOMICILIO SOCIAL: TERRITORIO HISTÓRICO: TELÉFONO: FAX : CORREO ELECTRÓNICO: CNAE: PERSONA QUE LO SOLICITA: CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:

DECLARA LA VERACIDAD DE LOS DATOS INCORPORADOS A LA PRESENTE FICHA

AUTORIZA LA PUBLICIDAD DE LOS DATOS SOBRE IDENTIDAD DE LA EMPRESA, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CARÁCTER PROFESIONAL INCORPORADOS AL PRESENTE DOCUMENTO

En a de de

Firma y sello de la autoridad laboral

Firma y sello de la empresa



RERA

REGISTRO DE EMPRESAS CON RIESGO DE AMIANTO

COMUNICACIÓN DE VARIACIÓN DE DATOS PREVIAMENTE DECLARADOS

Nº REGISTRO:

FECHA:

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE:

RAZÓN SOCIAL:

NIF:

NISS:

DOMICILIO SOCIAL:

TERRITORIO HISTÓRICO:

TELÉFONO:

FAX :

CORREO ELECTRÓNICO:

CNAE:

FECHA DE LA MODIFICACIÓN

PERSONA QUE LO SOLICITA:

CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:

MODIFICACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN RERA:

SE AUTORIZA LA PUBLICIDAD DE LOS DATOS SOBRE IDENTIDAD DE LA EMPRESA, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CARÁCTER PROFESIONAL INCORPORADOS AL PRESENTE DOCUMENTO

En

a

de

de

Firma y sello de la autoridad laboral

Firma y sello de la empresa



RERA

REGISTRO DE EMPRESAS CON RIESGO DE AMIANTO

SOLICITUD DE BAJA EN REGISTRO

Nº REGISTRO:

FECHA:

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE:

RAZÓN SOCIAL:

NIF:

CCC:

DOMICILIO SOCIAL:

TERRITORIO HISTÓRICO

TELÉFONO:

FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

CNAE:

FECHA DE LA BAJA:

MOTIVOS DE LA BAJA

- CESE ACTIVIDAD EMPRESARIAL CESE ACTIVIDAD CON RIESGO POR AMIANTO
 CAMBIO DE INSTALACIONES PRINCIPALES A OTRO TERRITORIO HISTÓRICO O CCAA
 OTROS (EXPLICAR EL MOTIVO)

MODIFICACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN RERA

PERSONA QUE LO SOLICITA

CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:

En a de de

Firma y sello de la empresa

Firma y sello de la autoridad laboral



RERA

COMUNICACIÓN DE INICIO DE TRABAJOS CON AMIANTO

| | |
|--|--------------------|
| EMPRESA: | PLAN DE TRABAJO Nº |
| | |
| Nº DE REGISTRO | FECHA DE INICIO: |
| | |
| | HORARIO: |
| | |
| | DURACION: |
| | |
| TELÉFONO Y PERSONA DE CONTACTO: <input style="width: 80%;" type="text"/> | |
| EMAIL: <input style="width: 80%;" type="text"/> | |
| DIRECCIÓN COMPLETA DE LOS TRABAJOS: <input style="width: 90%;" type="text"/> | |

| DATOS DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS | |
|------------------------------------|-----|
| NOMBRE | DNI |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| RECURSO PREVENTIVO | |
|--------------------|-----|
| NOMBRE | DNI |
| | |
| | |
| | |

A la presente comunicación deberá adjuntarse la siguiente documentación, si no se hubiera adjuntado con anterioridad o hubiera cambiado desde su aprobación:

- Copia del contrato de tratamiento de residuos donde figure la empresa gestora y el vertedero.
- En caso de activación en País Vasco de un Plan de Trabajo Único de Carácter General aprobado en otra CCAA, copia del mismo, acompañado por la resolución aprobatoria.
- En caso de activación en País Vasco de un Plan de Trabajo Único de Carácter General elaborado por transportista, gestor o vertedero del residuo aprobado en otra CCAA, copia del mismo, acompañado por la resolución aprobatoria.
- Copia del nombramiento de recurso preventivo junto con la certificación de la formación recibida.

SALVO RAZONES DE URGENCIA PLENAMENTE JUSTIFICADAS DEBERÁ REALIZARSE LA COMUNICACIÓN CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE 3 DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE COMIENZO DE LOS TRABAJOS.



CAMBIOS INTRODUCIDOS CON RESPECTO AL PLAN DE TRABAJO

NUEVAS PERSONAS TRABAJADORAS

| NOMBRE | DNI |
|--------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Deberá aportarse categoría profesional, experiencia en los trabajos descritos, formación e información preventiva recibida, certificación de la vigilancia de la salud y recepción de EPI.

NUEVO RECURSO PREVENTIVO

| NOMBRE | DNI |
|--------|-----|
| | |
| | |

En a de de 20

Firma y sello de la empresa

INFORMACIÓN ADICIONAL EN PLANES ÚNICOS DE CARÁCTER GENERAL

- Descripción de los trabajos a realizar y del concreto procedimiento a aplicar
- Justificación documental del cumplimiento de los requisitos del artículo 11.4 del RD 396/06
- Datos de la promotora, contratista o subcontratista, en su caso
- Datos del transportista, residuo y vertedero
- Localización exacta de la zona en la que se va a intervenir así como las características concretas material a retirar
- Copia del plano y fotografías del lugar de trabajo
- Cualquier otra información relevante sobre la ejecución del Plan de Trabajo.
- ¿Se trata de locales o edificios que tras la obra vayan a ser ocupados por personas de forma permanente? Sí No
- Características del material a retirar (superficie, longitud, dimensiones de los prefabricados o descripción del tipo de acopio...)



RERA

COMUNICACIÓN DE FIN DE TRABAJOS CON AMIANTO

| | | |
|---|---------------------------|--|
| EMPRESA: | PLAN DE TRABAJO Nº | |
| | FECHA DE INICIO: | |
| Nº DE REGISTRO | | |
| TELÉFONO Y PERSONA DE CONTACTO: | | |
| EMAIL: | | |
| | | |
| DIRECCIÓN COMPLETA DE LOS TRABAJOS | | |

En a de de 20

Firma y sello de la empresa

La presente comunicación debe ir acompañada del documento de identificación de los residuos.

Se advierte que en el plazo máximo de tres meses desde la terminación de los trabajos la empresa deberá remitir el registro de datos de la evaluación de la exposición en los trabajos con amianto. En el caso de los planes de trabajo único de carácter único dicha ficha deberá ser remitida antes del final de cada año natural.

Asimismo, se advierte que el registro de datos sobre vigilancia sanitaria específica de las personas trabajadoras deberá ser facilitada antes del final de cada año a la autoridad sanitaria del lugar donde la empresa esté registrada. Resulta aconsejable su remisión en el plazo de 2 meses desde que se realice la vigilancia sanitaria.



RERA

VIGILANCIA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EXPUESTAS A AMIANTO

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| EMPRESA: | PLAN DE TRABAJO Nº |
| | FECHA DE INICIO: |
| Nº DE REGISTRO | FECHA DE FINALIZACIÓN: |

1. DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|-------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | SEXO |
| DNI | Nº DE SEGURIDAD SOCIAL | |
| DIRECCIÓN | | |
| TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| FECHA DE NACIMIENTO | FECHA ACTUAL | |

2.- HISTORIAL LABORAL

| EMPRESA | ACTIVIDAD CNAE | OCUPACION CNO | DE (AÑO DE INICIO) | A AÑO FIN | TIEMPO (MESES) | EXPOSICION AMIANTO | |
|---------|-------------------|------------------|-----------------------|--------------|-------------------|--------------------|----|
| | | | | | | SI | NO |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3.- HÁBITO DE CONSUMO DE TABACO

1.- No fuma ni ha fumado de manera habitual

| | | | | |
|--|-------------------|--------------------|-----------------------------|--|
| 2. Fuma diariamente en el momento actual | Nº DE AÑOS | CIGARRILLOS | Nº CIGARRILLOS / DIA | |
| | | PIPA | Nº PIPAS / DIA | |
| | | PUROS | Nº PUROS/ DIA | |
| 3. Fumaba diariamente en el pasado. Fecha en que dejó de fumar --/--/--- | Nº DE AÑOS | CIGARRILLOS | Nº CIGARRILLOS / DIA | |
| | | PIPA | Nº PIPAS / DIA | |
| | | PUROS | Nº PUROS/ DIA | |

4.- SINTOMATOLOGÍA

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. TOS | | |
| 2. EXPECTORACIÓN | | |
| 3. GRADO DE DISNEA. | | |
| 0. 1. 2. 3. 4. | | |

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar deprisa o subir una cuesta poco pronunciada.
2. Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a dificultad respiratoria, o tener que descansar al andar en llano al propio paso.
3. Tener que parar a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea le impide salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.



IV.- EXPLORACIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA

Informe del patrón ventilatorio 0 1 2 3

0. Normal 1. Obstrutivo. 2. Restrictivo 3. Mixto

V.- EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

Radiografía de tórax (o TAC si los hallazgos no son claros):

En caso de anomalías compatibles con asbestosis, se usará la Clasificación Internacional de la OIT de 1980:

VI.- RESULTADO DEL ESTUDIO REALIZADO

| | | |
|--|---|--|
| Sin hallazgos patológicos | | |
| Hallazgos patológicos en relación con el amianto | Asbestosis | |
| | Fibrosis pleural difusa con repercusión funcional | |
| | Derrame pleural benigno | |
| | Atelectasia redonda | |
| Neoplasias con posible relación con el amianto | Placas de fibrosis pleurales | |
| | Mesotelioma pleural | |
| | Mesotelioma peritoneal | |
| | Neoplasia pulmonar | |
| | Otras neoplasias | |
| Periodicidad pautada de la revisión | | |

Se remitirá copia de los correspondientes informes de Radiodiagnóstico y/o de Anatomía Patológica, si los hubiere.

VII.- CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO

SI NO

Por indicación médico laboral

IX.- EVALUACIÓN REALIZADA POR

| | |
|-------------------------------|---|
| Servicio de prevención propio | Servicio de prevención ajeno (especificar): |
| Hospital | Protocolo utilizado, si ha sido diferente del editado por las administraciones sanitarias: _____ |

Fecha y firma.