

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 Empleo y Seguridad Social 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 al n.º de fax: 964 72 77 25 o al correo electrónico gestionexpedientecps@uniondemutuas.es

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 por horas extras	
Base cotización anual por otros conceptos			

2. Datos empresa

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

3. Datos puesto de trabajo

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

En, adede

Registro de entrada

Firma y sello de la empresa

Cargo