

INFORMACIÓN REQUERIDA A LA EMPRESA COLABORADORA 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				
Base cotización mes anterior		Días cotizados					
Base cotización anual por horas extras		Base cotización anual por otros conceptos					
Notificación al inicio	Período observación Sí No		N.º Colegiado/a	Tipo de asistencia Ambulatoria Hospitalaria		Causa baja Sí No	
	Fecha baja	Duración probable	CIE 10	Código EP	Parte del cuerpo dañada		
Notificación al cierre	Fecha alta	Tipo de proceso EP AT EC		Causa del alta	Curación Propuesta	Alta informe propuesta de cambio de trabajo	Fallecimiento Otras
	Fecha inicio real EP		CIE 10	Código EP	Parte del cuerpo dañada		

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 propio Servicio prevención ajeno Servicio prevención mancomunado 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 propio Servicio prevención ajeno Servicio prevención mancomunado 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, a de de

Registro de entrada

Firma y sello de la empresa

Cargo: