

DATOS IDENTIFICATIVOS

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

FECHA DE COMUNICACIÓN:

SUGERENCIA / RIESGO POTENCIAL OBSERVADO

Descripción:

Indicar posibles medidas preventivas sugeridas para su control.

(A cumplimentar por el trabajador)

ACEPTADA / DENEGADA

(A cumplimentar por RRHH)

OBSERVACIONES / MEDIDAS PROPUESTAS POR EL SPA / TP-CIP

MEDIDA(S) ADOPTADAS PARA SU CORRECCIÓN

(A cumplimentar por el responsable de la sección)

TRABAJADOR	RESPONSABLE SECCIÓN	RRHH	SPA / TP-CIP
Fecha y firma	Fecha y firma	Fecha y firma	Fecha y firma

EFICACIA MEDIDAS PREVENTIVAS (SPA / TP-CIP)

Se requiere revisar la evaluación de riesgos: Si ☐ No ☐

CIERRE SPA / TP-CIP	RECIBÍ TRABAJADOR	RECIBÍ RESPONSABLE SECCIÓN
Fecha y firma	Fecha y firma	Fecha y firma