

A RELL ENA R POR LA EMP RES A	IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN que motiva la presencia del recurso preventivo:				(TIPO DE TRABAJO QUE REQUIERE RP)						
	INICIO TRABAJOS		FECHA:		FIN TRABAJOS		FECHA:				
			HORA:				HORA:				
	Ubicación de la actuación como recurso preventivo:										
	Breve descripción de los trabajos a realizar:										
CON CLU SIO NES DEL REC URS O PRE VEN TIV O	NOMBRE del Recurso Preventivo:										
	NOMBRE de la persona a la que comunicar situaciones inadecuadas:										
	MEDIDAS preventivas a controlar por el recurso preventivo:										
	Trabajadores autorizados:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
							SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
							SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
							SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
	Se dispone de formación						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
	Se dispone de apto médico						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
	Procedimiento de trabajo conocido						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
EPIS (disponibles y en correcto estado de uso):						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
Otros:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
¿Las actividades preventivas son EFICACES?						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
¿Han aparecido Riesgos NO PREVISTOS?						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
¿Se CUMPLEN las actividades preventivas objeto de vigilancia? (incluyendo el procedimiento de trabajo)						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
En el caso de detectar la existencia de una situación inadecuada, se COMUNICARÁ inmediatamente al Responsable correspondiente											
Observaciones:											
Firma Responsable Empresa				Firma Recurso Preventivo							