**ANEXO III**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Con el fin de dar cumplimiento al R.D. 171/2004, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales, les rogamos que cumplimenten debidamente el siguiente documento y marque las casillas de la columna “DECLARADO” si cumple y le son de aplicación.

El firmante, declara bajo su responsabilidad, que los datos indicados en este documento son ciertos, y se compromete a justificarlo documentalmente cuando le sea requerido por esta empresa para la firma del contrato (según notas al pie de página del presente documento).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. DATOS GENERALES** | | | |
| **Nombre o Razón Social:** | | | |
| **Domicilio Social:** | | | |
| **Teléfono:** | | **Fax:** | **E-mail:** |
| **Actividad:** | | | |
| **Nº Trabajadores:** | **Mutua de Accidentes de Trabajo y Enf. Prof.:** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. RESPONSABLE / INTERLOCUTOR DE PREVENCIÓN** | |
| **Nombre:** | **Teléfono:** |
| **Cargo en la empresa:** | **Correo electrónico:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. ORGANIZACIÓN PREVENTIVA** | **VERIFICADO**  **(a cumplimentar por el Grupo Tragsa)** |
| **3.1. Marcar lo que proceda**  Se deberá acreditar la modalidad preventiva asumida (p.ej: con el contrato de la actividad preventiva con el SPA, en su caso)b. | **a** |
| **DECLARADO** |
| **a) Trabajador autónomo** |  |
| **b) Asunción personal por el empresario** |  |
| **c) Designación de uno o varios trabajadores** |  |
| **d) Servicio de Prevención Propio (SPP) y/o Servicio de Prevención Ajeno (SPA)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Especialidad** | **S.P.P.** | **S.P.A.** | **Entidad** | | **Seguridad en el Trabajo** |  |  |  | | **Higiene Industrial** |  |  |  | | **Ergonomía y Psicosociología** |  |  |  | | **Medicina del Trabajo** |  |  |  | |  |

aObligatorio con la firma del contrato

b No es de aplicación a Trabajadores Autónomos (excepto si tiene personal a su cargo)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN** | | | **DECLARADO**  **(a cumplimentar por el Colaborador)** | **VERIFICADO**  **(a cumplimentar por el Grupo Tragsa)** | |
| ¿**Personal** de su empresa **va a trabajar en centros de trabajo del Grupo Tragsa o realizar trabajos de campo**? Sólo en caso afirmativo deberá aportar documentación acreditativa de las siguientes preguntas:  *Se aportará listado de personal que va a trabajar con el Grupo Tragsa (nombre y apellidos, DNI y categoría profesional)* | | | |  |  | | --- | --- | | SÍ | NO | | c | |
| 4.1. ¿Dispone de Evaluación de Riesgos y Planificación Preventiva para todas las actividades objeto de la presente oferta?  Se entregará Evaluación de Riesgos y Planificación de la Actividad Preventiva para los trabajos subcontratados e información sobre los riesgos inducidos a terceros por la empresa en el desarrollo de los trabajos encomendados por el Grupo TRAGSA. | | | b | a | |
| 4.2. ¿Se garantiza la **Formación e información** en materia preventiva de su puesto de trabajo a los trabajadores objeto de esta oferta? (art.18-19-20 de la Ley PRL)  *Se aportará Certificado acreditativo, con firma de cada trabajador y entidad formadora de Prevención* | | | b | c | |
| 4.3. ¿Se facilitan **Equipos de Protección Individual**, en función del riesgo de los trabajos, a cada trabajador?  *Se aportará Certificación de entrega de los EPIs (documento con firma de cada trabajador)* | | | b | c | |
| 4.4. ¿Se garantiza la protección especial a **Trabajadores Sensibles, Menores y Embarazadas**? | | | b | a | |
| 4.5. ¿Se realiza la **Vigilancia de la Salud** en función de los riesgos inherentes a los puestos de trabajo?  *Certificado de la Aptitud médica de todos los trabajadores para el puesto de trabajo encomendado (*si se encuadran en el Anejo 1 del R.D. 39/1997)*, firmado por médico del trabajo* o **Renuncia**. | | | b | c | |
| **4.6. DOCUMENTACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPOS DE TRABAJO** | | | | | |
| Todos los **equipos de trabajo** a utilizar para la realización de los trabajos poseen **Marcado CE** | | |  |  | |
| ¿**Va a utilizar maquinaria** en obras del Grupo Tragsa? Sólo en caso afirmativo, deberá contestar las siguientes 3 cuestiones:  *Se aportará listado de maquinaria autopropulsada que va a trabajar en actuación del Grupo Tragsa (tipo de máquina, ,marca y modelo DNI y matrícula, en su caso) Se aportará*  ***Acreditación Propiedad***, si no queda suficientemente justificado con la documentación siguiente | | | |  |  | | --- | --- | | SÍ | NO | | c | |
| 4.6.1. La maquinaria a utilizar para la realización de los trabajos, ¿posee **Declaración de Conformidad** y **Marcado CE**? En caso contrario, ¿dispone de **Certificado de Adaptación al R.D. 1215/1997**?  *Se aportará Declaración de Conformidad o Marcado CE (o, en su lugar, Justificación documental que acredite la adecuación al R.D. 1215/1997) de toda la maquinaria a emplear en la actuación objeto del contrato* | | |  | c | |
| 4.6.2. El personal que maneja estos equipos ¿dispone de **Autorización de Uso de Maquinaria**  por parte de la empresa?  *Se aportará Certificado de Autorización que relacione a cada trabajador con las máquinas para las que está autorizado su manejo en función de la formación en manejo seguro recibida* | | |  | c | |
| 4.6.3. ¿Todas las máquinas tienen a disposición el **Manual del Operador** y el **Libro de Mantenimiento?**  *Se aportarán ambos documentos y un Autocertificado de Mantenimiento* | | |  | c | |
| **4.7. OTROS:** | | | | | |
| ¿Se entregan a los trabajadores las **Fichas de Seguridad** de los productos químicos a utilizar?  *Aportará relación de Fichas de Datos de Seguridad de los productos químicos que, en su caso, se vayan a emplear* | | |  | c | |
| Si va a subcontratar parte del objeto de su contrato, maque esta casilla  *Debe aportar este mismo anexo cumplimentado por cada empresa y aportar toda la documentación descrita en el mismo.* | | |  | c | |
| **5. RESPONSABLE DE LA EMPRESA** | | | | |
| **Nombre:** | | **Fecha, Sello y Firma:** | | |
| **Cargo en la empresa:** | |
| **Teléfono:** | **Correo electrónico:** |

aObligatorio con la firma del contrato

b No es de aplicación a Trabajadores Autónomos (excepto si tiene personal a su cargo)

c Obligatorio antes del inicio de las actividades contratadas