

REGISTRO INTERNO DE COMUNICACIÓN DE RIESGO LABORAL	
A/A SPRL	
Fax:	Teléfono
HOSPITAL / GERENCIA	
SEÑALA CON UNA CRUZ:	CAMPOS A RELLENAR POR EL PETICIONARIO:
<p>SERVICIO/ UNIDAD:</p> <p>LOCALIZACIÓN: Edificio: Planta:.....</p> <p>PUESTO DE TRABAJO:.....</p> <p>NOMBRE TRABAJADOR/ ES:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>NOMBRE RESPONSABLE DEL SERVICIO /UNIDAD:</p> <p>.....</p> <p>CONTACTO TELEFÓNICO / Nº EXTENSIÓN/ Nº BUSCA:.....</p> <p>e-mail:</p>	
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO LABORAL DETECTADO:	
FECHA DE LA PETICIÓN	FIRMA DEL TRABAJADOR /A