

AUTODECLARACIÓN ORGANIZACIÓN DE ORIGEN DEL INVESTIGADOR

La cumplimentación de este documento es un requisito **indispensable**, de conformidad con la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales. Deberá ser aportado previo a la aceptación del Vicerrectorado de Profesorado e Investigación de la Universidad-CEU, para su valoración.

Nombre de la institución de origen del investigador	
Domicilio social	
Persona de contacto de institución de origen del investigador	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	
Departamento de acogida en el CEU	
Responsable del laboratorio CEU de acogida	
Período de la estancia	

	Sí	No	NP
1. ¿Tiene la entidad de origen del investigador un Seguro de Responsabilidad Civil (SRC) que dé cobertura a cualquier incidencia que pudiera surgir como consecuencia del desempeño de la labor del investigador?			
2. ¿Ha sido el investigador informado del procedimiento que debe seguir en caso de accidente y los teléfonos y direcciones a los que debe dirigirse (Mutua del Investigador/Entidad Sanitaria colaboradora)?			
<small>NOTA: En Caso de accidente/incidente, deberá informarse al Área de promoción de la salud, seguridad y bienestar laboral de la FUSP (servicioprevencion@ceu.es).</small>			
3. ¿Tiene realizada la Evaluación de Riesgos Laborales y la Planificación de la Acción Preventiva de las investigaciones a realizar?			
4. ¿Ha recibido el investigador la información y formación sobre los riesgos específicos de su puesto de trabajo en su institución de origen?			
5. ¿Ha recibido el investigador la información y formación correspondiente a las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos de su puesto de trabajo?			
6. ¿Ha recibido el investigador la información sobre las normas de actuación en caso de emergencia ?			
7. ¿Dispone de certificado individual de aptitud para el desempeño del puesto de trabajo (vigilancia de la salud)?			
8. Durante la estancia en USP-CEU, ¿Estará el investigador expuesto a algún riesgo que requiera medidas preventivas específicas ? En caso afirmativo, indica el riesgo: <input type="checkbox"/> Riesgo biológico. Indicar factor de riesgo: <input type="checkbox"/> Riesgo químico. Indicar factor de riesgo: <input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes. Indicar factor de riesgo: <input type="checkbox"/> Otros (indicar cuál):			
9. Si procede, ¿Se dispone del historial de vacunación actualizado de los investigadores expuestos a riesgos biológicos, según lo establecido en el RD 664/1997?			

Documentación que se debe presentar junto con la autodeclaración:

1.- Documentación obligatoria:

- Certificado de cobertura de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil
- Certificado individual de aptitud para el desempeño del puesto de trabajo (Vigilancia Salud) o registro de renuncia.
- Documento acreditativo de la formación e información en materia de PRL recibida por para el desempeño de su puesto.
- **Investigadores nacionales:** Protocolo de actuación en caso de accidente de la entidad de origen: teléfonos de urgencia, centros de asistencia.
- **Investigadores internacionales:** Tarjeta sanitaria compatible con Sistema Nacional de Salud y/o póliza de seguro médico privado.

2- Documentación en base a la actividad a realizar:

	PROCEDE	NO PROCEDE
Si existe Actividad con Riesgo a terceros: Evaluación de Riesgos Laborales y Planificación de la Actividad Preventiva de los trabajos a realizar		
Relación descriptiva de EPI que el investigador/estudiante debe utilizar para el desempeño de su actividad		
SOLICITUD de Visita a VICERRECTORADO de INVESTIGACIÓN CEU para la realización de actividad específica sin convenio de investigación.		
Historial de Vacunación. R.D. 664/1997 para los laboratorios con Personal expuesto a Riesgo Biológico. Aplicar nuestro PO VPE "Trabajadores expuestos a RRBB".		

<p>Responsable Entidad Externa*</p> <p>Datos de contacto de la persona designada para dar cumplimiento y seguimiento a los requerimientos en materia preventiva de la entidad de origen del investigador</p> <p>(nombre, firma y fecha)</p>

*NOTA: El arriba firmante declara la veracidad del contenido del presente documento y se compromete a aportar la documentación anteriormente citada, cuando así se considere necesario por la FUSP

En _____, a ____ de _____ del 20__

Deberá remitir el presente documento firmado y fechado al Área de Promoción de la Salud mediante correo electrónico: servicioprevencion@ceu.es