AUTODECLARACIÓN Y SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN 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 |  |
| Nombre del 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?
 |  |  |  |
| 1. ¿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)?

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). |  |  |  |
| 1. ¿Tiene realizada la **Evaluación de Riesgos Laborales y la Planificación de la Acción Preventiva** de las investigaciones a realizar?
 |  |  |  |
| 1. ¿Ha recibido el investigador la **información y formación** sobre los riesgos específicos de su puesto de trabajo en su institución de origen?
 |  |  |  |
| 1. ¿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?
 |  |  |  |
| 1. ¿Ha recibido el investigador la información sobre las normas de **actuación en caso de emergencia**?
 |  |  |  |
| 1. ¿Dispone de certificado individual de aptitud para el desempeño del puesto de trabajo **(vigilancia de la salud**)?
 |  |  |  |
| 1. Durante la estancia en USP-CEU, ¿Estará el investigador expuesto a algún **riesgo que requiera medidas preventivas específicas**? En caso afirmativo, indica el riesgo:

Riesgo biológico. Indicar factor de riesgo:Riesgo químico. Indicar factor de riesgo: Radiaciones ionizantes. Indicar factor de riesgo: Otros (indicar cuál): |  |  |  |
| 1. 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:

* Protocolo de actuación en caso de accidente.
* Teléfono de urgencia en caso de accidente.
* Modelo de organización preventiva adoptado por la empresa (si es propio, titulación del responsable y si es concertado con entidad ajena, documento del concierto).
* Evaluación de Riesgos Laborales y Planificación de la Actividad Preventiva de los trabajos a realizar si existe Actividad con Riesgo a terceros.
* Certificado individual de aptitud para el desempeño del puesto de trabajo (Vigilancia Salud).
* Documento acreditativo de la formación e información en materia de PRL recibida por para el desempeño de su puesto.
* Autorización con permisos especiales para la realización de actividades: SOLICITUD de Visita a VICERRECTORADO de INVESTIGACIÓN CEU.
* Relación descriptiva de EPI que el investigador/estudiante debe utilizar para el desempeño de su actividad.
* Si procede, historial de Vacunación. R.D. 664/1997 para los laboratorios con Personal expuesto a Riesgo Biológico. Aplicar nuestro PO VPE “Trabajadores expuestos a RRBB”.

|  |
| --- |
| 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 |
| Nombre |  | Firma |
| Apellidos |  |
| Cargo |  |
| Datos de la persona que autoriza la estancia del investigador (\*): |
| Nombre |  | Firma |
| Apellidos |  |
| Cargo |  |

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

|  |
| --- |
| PERMISO DE ACTIVIDAD |
| Nº Registro | Fecha registro (dd/mm/aaaa) | Página registro |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ENTIDAD EXTERNA DEL INVESTIGADOR/ ESTUDIANTE |
|  |
| Domicilio Social | Teléfono |
|  |  |
| Breve descripción de la Actividad  |
|  |
| Riesgos específicos de la actividad |
| Riesgo biológicoRiesgo químico. Radiaciones ionizantes. Indicar factor/es de riesgoOtros (indicar cuál) |
| Fecha Inicio Trabajos(dd/mm/aaaa) | Fecha Finalización Trabajos(dd/mm/aaaa) |
|  |  |
| INVESTIGADOR/ ESTUDIANTE (nombre, firma y fecha) |
|  |
| Medidas Preventivas y Equipos de Protección a utilizar |
|  |
| Responsable Entidad Externa(nombre, firma y fecha) | Autorización por (nombre, firma, y fecha)Vicerrector de Profesorado e InvestigaciónUniversidad CEU | Recibido por (nombre, firma, y fecha)Técnico Prevención FUSP |
|  |  |  |