AUTODECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR VISITANTE

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 y apellidos |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Correo electrónico |  |
| Departamento de acogida en el CEU |  |
| Nombre de la institución de origen |  |
| Contacto de la institución de origen |  |
| Período de la estancia |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No Aplica |
| 1. La institución de origen me ha facilitado la Evaluación de Riesgos de acuerdo con mis competencias y actividad. |  |  |  |
| 1. He recibido la información y formación sobre los riesgos específicos de mi puesto y las medidas de protección y prevención aplicables |  |  |  |
| 1. He sido informado de los riesgos inherentes a las áreas donde voy a desarrollar mi actividad |  |  |  |
| 1. He recibido la formación específica del acuerdo con las premisas legislativas (artículo 32 bis de la Ley 31/1995). |  |  |  |
| 1. He recibido los EPI adecuados conforme a la relación descrita por la entidad a la que pertenezco (verificada el área de promoción de la salud de CEU). |  |  |  |
| 1. He recibido la información sobre las normas de actuación en caso de emergencia. |  |  |  |
| 1. He sido informado del procedimiento a seguir en caso de accidente y los teléfonos y direcciones donde dirigirme   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](mailto:servicioprevencion@ceu.es)). |  |  |  |
| 1. Dispongo del certificado individual acreditativo de la aptitud para el desempeño del puesto de trabajo (vigilancia de la salud) |  |  |  |
| 1. Dispongo del historial de vacunación para personal expuesto a riesgos biológicos actualizado, según lo establecido en el RD 664/1997 |  |  |  |
| 1. Estaré expuesto a investigaciones con riesgo biológico en CEU |  |  |  |
| 1. Soy personal especialmente sensible, tengo declarada alguna discapacidad, estoy embarazada o estoy amamantando. |  |  |  |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_