

**COMUNICADO DE RISCO**

En ....., a .....de .....de .....

**DATOS DO COMUNICADO DE RISCO:**

- Comunicante (*nome, apelido e DNI*).....
- Posto de traballo:.....
- Lugar onde se detecta o risco:.....
- Data na que se detecta o risco:.....

**DESCRIPCIÓN DO RISCO:****PROPOSTA DE MEDIDAS PARA ELIMINAR OU REDUCIR O RISCO:****Asinado:** (*Profesional que comunica*)**Vº Bº do superior inmediato** (*Indicar nome e cargo*)

**NOTA:** Este formulario remitirase á Secretaría da Unidade periférica de prevención de riscos laborais da XXI A Coruña por correo electrónico ([salud.laboral.secretaria.chuac@sergas.es](mailto:salud.laboral.secretaria.chuac@sergas.es)) ou por correo ordinario (Secretaría de Saúde Laboral. 5ª andar. Hotel de doentes. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias de Arriba 84. 15006. A Coruña)