



COMUNICADO DE RISCO

En a de de

DATOS DO COMUNICADO DE RISCO:

- Comunicante (*nome, apelido e DNI*):
- Teléfono de contacto:
- Posto de traballo e Servizo/Unidade:
- 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 Área Sanitaria da Coruña e Cee por correo electrónico (salud.laboral.secretaria.chuac@sergas.es) ou por correo ordinario (Secretaría de Saúde Laboral. IFECO, Rúa Juana Capdevielle n.º 2 15008. A Coruña)