

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

EMPRESAS CON RIESGO POR AMIANTO**SOLICITUD****APROBACIÓN DE PLAN DE TRABAJO SUCESIVO**

1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA													
RAZÓN SOCIAL								NÚM. RERA:					
DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES													
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:					NÚM:	LETRA:	KM:	BLOQUE:	PORTAL:	ESC:	PLANTA:	PUERTA:
LOCALIDAD:					PROVINCIA:					C. POSTAL:			
2 IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE⁽¹⁾													
NOMBRE DE LA PERSONA SOLICITANTE:						CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:							
3 IDENTIFICACIÓN DE LOS TRABAJOS													
3.1. TIPO DE ACTIVIDAD REALIZADA													
<input type="checkbox"/> 1. Retirada de amianto y materiales con amianto. <input type="checkbox"/> 2. Mantenimiento y reparación de materiales con amianto. <input type="checkbox"/> 3. Transporte de residuos. <input type="checkbox"/> 4. Trabajo de larga duración indicar: kg:..... m2:..... n° personas trabajadoras:..... Otras(especificar): _____ _____ _____													
3.2. TIPO DE MATERIAL INTERVENIDO													
<input type="checkbox"/> 1. Amianto proyectado y revestimientos con amianto en paredes, techos, ciimientos y estructuras. <input type="checkbox"/> 2. Calorifugados . <input type="checkbox"/> 3. Otros materiales friables con amianto: tejidos, cartones, filtros, etc (especificar): _____ <input type="checkbox"/> 4. Fibrocemento. <input type="checkbox"/> 5. Losetas amianto-vinilo. <input type="checkbox"/> 6. Otros materiales no friables: masillas, adhesivos, etc (especificar): _____ _____													
3.3 DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO													
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:					NÚM:	LETRA:	KM:	BLOQUE:	PORTAL:	ESC:	PLANTA:	PUERTA:
PÓLIGONO INDUSTRIAL/FINCA:				LOCALIDAD:				PROVINCIA:			C. POSTAL:		
TELÉFONO CONTACTO DURANTE LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS:						CORREO ELECTRÓNICO:							
FECHA PREVISTA INICIO TRABAJOS:						DURACIÓN PREVISTA TRABAJOS:							
¿SE REALIZARÁ MUESTREO?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						TIPO DE ENTIDAD QUE REALIZA LA EVALUACIÓN HIGIÉNICA:							
ENTIDAD QUE REALIZA LA EVALUACIÓN HIGIÉNICA:						MODELO DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA:							
TRANSPORTISTA DE LOS RESIDUOS:						GESTOR DE RESIDUOS:							
SE HA REALIZADO CONSULTA A LAS PERSONAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													

(1) Presentar la capacidad de representación si no se ha aportado con anterioridad.



7. CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

8. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesta que dispone de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispone de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZA a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@. Apellidos y nombre: DNI: Correo electrónico: Nº móvil:

9. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figura en la presente solicitud y que la documentación presentada es copia fiel del original
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:

ILMO./A. SR./SRA. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERIA DE EMPLEO EN

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Así mismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como única finalidad la de su uso en actos de tramitación de la Orden de 12 de noviembre de 2007, de aplicación en Andalucía del Real Decreto 396/2006, de 31 de marzo.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Seguridad y Salud Laboral. Consejería de Empleo. Avda. Hytasa, nº 14. 41006-SEVILLA.