PE SST 05 04 "PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL"

1.DATOS DE LOS TRABAJADORES CON ENFERMEDAD PROFESIONAL

CENTRO/ CODIGO CENTRO	
SERVICIO O UNIDAD	
DIRECCIÓN	
PROVINCIA/LOCALIDAD	

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PUESTO DE TRABAJO(RPT)		RGSS	MUFACE [1]
		CÓDIGO	DENOMINACIÓN		

2.DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

FECHA EN LA QUE SE COMUNICA					
Entidad que comunica	MUTUA COLABORADORA CON LA SS				
	La inspección médica del SACYL o INSS				
	Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria				
	profesionales médicos del sistema público de salud SACYL				
	Area médica del servicio de prevención				
NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD	Sospecha de enfermedad profesional		CÓDIGO		
	Enfermedad relacionada con el trabajo		DIAGNOSTICO		
	Enfermedad profesional notificada		CÓDIGO		Id expediente CEPROSS FECHA CEPROSS
BAJA LABORAL	NO				
	SI				
En el centro o lugar de trabajo habitual					
En otro centro o lugar de trabajo					CENTRO: DIRECCIÓN PROVINCIA: LOCALIDAD:

A fin de conocer las circunstancias de la misma, se proporcionan los siguientes CONTACTOS:

Contacto en el centro _____ Trabajador/a afectado/a: _____
teléfono _____ teléfono _____
Email: _____ Email _____

En _____ a ____ de _____ de 20____

Cargo: Fdo

[1] *MUGEJU,ISFAS*