

ASUNTO: FUNCIONES Y DERECHOS DE DELEGADO/A DE PREVENCIÓN

Yo, *Nombre y apellidos*, con DNI / NIE *DNI o NIE*, en calidad de **Delegado/a de Prevención** de la empresa *Nombre de la empresa* y como representante del personal laboral de esta empresa en materia preventiva, **COMUNICO**

- 1) Que la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) me otorga funciones de vigilancia y control en materia preventiva, así como diversas facultades como las siguientes:
- Derecho a obtener de la empresa información adecuada y suficiente
 - Derecho a recibir formación específica
 - Derecho a ser consultado y formular propuestas
 - Participar en la constitución y gestión de los servicios de prevención
 - Comunicarme con los y las trabajadoras de la empresa
 - Visitar e inspeccionar los lugares de trabajo
 - Acompañar a Inspección de Trabajo y al Servicio de Prevención en sus visitas
 - Proponer mejoras preventivas y denunciar incumplimientos.

En definitiva, mi labor como Delegado/a de Prevención implica participación en todos los aspectos relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo.

- 2) Que la empresa debe facilitar el ejercicio de mis funciones, como por ejemplo:
- La empresa me debe informar y consultar, con la debida antelación, sobre cualquier asunto que pueda repercutir en la salud de los trabajadores [art. 36.1 y 33 de LPRL y RSP art.16.2 y 1.2, 3.2]
 - La empresa debe facilitar que visite los lugares de trabajo, que me comunique con los trabajadores, que acompañe a Inspección de Trabajo, a los técnicos/as de Prevención en sus visitas [RD 39/1997 de Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)]
- 3) El tiempo utilizado para el desempeño de estas competencias de representación es tiempo de trabajo reconocido en el Estatuto de los Trabajadores, la LPRL y el RPS.

Y SOLICITO la implicación de la dirección de esta empresa y los técnicos/as de prevención para conseguir eliminar y/o controlar todos los riesgos y garantizar mejores condiciones de trabajo y salud en esta empresa

Lo que firmo y entrego para que conste a los efectos oportunos.

Fecha: *Seleccione una fecha*



Firmado por: *Nombre y Apellido*
Delegado/a de Prevención

RECIBÍ DE LA EMPRESA

Fecha:

Firma:

Firmado por: