

ATT: *Clic aquí y escriba Nombre del destinatario.*

Haga clic y escriba CARGO y EMPRESA

ASUNTO: EVALUACIÓN ERGONOMICA EN TRABAJOS REPETITIVOS

Yo, *Nombre y apellidos del delegado/a*, con DNI/NIE (*número de DNI o de NIE*) en calidad de **Delegado/a de Prevención** de *Nombre de la empresa*, como representante del personal laboral en materia preventiva de esta empresa y en el ejercicio de mis funciones y facultades otorgadas por la LEY 31/1995 de prevención de Riesgos Laborales (LPRL),

EXPONGO

Que el empresario debe garantizar la seguridad y salud de los/as trabajadores/as, y de acuerdo con el art. 15.1.d) el de la LPRL, aplicará medidas para adaptar el trabajo a la persona en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, con miras a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

Que el RD 1215/1997 de equipos de trabajo, en su art.3.3) enuncia la obligación empresarial de tener en cuenta los principios ergonómicos.

Que el art. 36.5 del Estatuto de los Trabajadores establece la obligación de evaluar y controlar los riesgos derivados del trabajo monótono y repetitivo.

Por lo que, en base a las deficientes condiciones de trabajo identificadas,

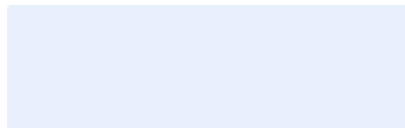
SOLICITO

- Se lleve a cabo una evaluación de riesgos ergonómicos por puestos de trabajo tal y como exige la normativa
- Se adopten las medidas necesarias para garantizar que no se produzcan daños a la salud.

Rogando una respuesta al presente escrito en un plazo razonable, en cualquier caso no mayor de (*escriba un nº, recomendamos entre 5y 10 días*) días, le saluda atentamente:

Fecha: *Seleccione una fecha*

Firma:



Firmado por: *Nombre de quien firma*

Delegado/a de Prevención

RECIBÍ DE LA EMPRESA

Fecha:

Firma:

Firmado por: