

**DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

N.I.F. \_\_\_\_\_ Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_  
Código Cuenta Cotización \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Actividad económica principal del Centro \_\_\_\_\_  
Código CNAE \_\_\_\_\_ Convenio \_\_\_\_\_ Nº total trabajadores \_\_\_\_\_  
¿Existe Comité de Seguridad y Salud? SI NO No aplicable

**DATOS DE LA EMPRESA (Si son diferentes al centro de trabajo)**

N.I.F. \_\_\_\_\_ Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_  
Código Cuenta Cotización \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Actividad económica principal del Centro \_\_\_\_\_  
Código CNAE \_\_\_\_\_ Nº de centros de trabajo en Aragón \_\_\_\_\_ Otras CCAA \_\_\_\_\_ Nº total trabajadores \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS**

Tipo de empresa: Privada Pública  
Tipo de Administración Pública: Local Autonómica Estatal  
Modelo de Gestión de la Prevención  
Asunción Personal Empresario Trabajador Designado  
Servicio Prevención Propio Servicio Prevención Mancomunado  
Servicio Prevención Ajeno Nombre Servicio Prevención Ajeno \_\_\_\_\_

**DATOS DE LAS ÚLTIMAS ELECCIONES SINDICALES**

Últimas elecciones: Fecha \_\_\_\_\_ Nº acta electoral \_\_\_\_\_ Sin proceso electoral

El abajo firmante certifica la veracidad de los datos referidos a la designación de Delegados de Prevención

N.I.F. \_\_\_\_\_ D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
Representante de la Empresa Trabajador designado como DP Firma: \_\_\_\_\_  
Representante de los trabajadores Representante Sindicato

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Dirección General Trabajo del Departamento de Economía, Industria y Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento y demás que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad facilitar las funciones como representantes de los trabajadores y/o miembros del Comité de Seguridad y Salud en materia de prevención de riesgos laborales.

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 Trabajo, como Órgano Administrativo responsable del fichero.

**LUGAR, FECHA Y FIRMA**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La empresa queda enterada de la designación de Delegados de Prevención

N.I.F. \_\_\_\_\_ D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
En calidad de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ORGANO, CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA A LA QUE SE DIRIGE**

Este impreso, una vez cumplimentado, se presentará por triplicado al Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral (ISSLA)

**DATOS DE DESIGNACIÓN DE DELEGADOS**

N.I.F.	Org. Sindical	
Apellidos	Sexo: M	F
Nombre	Fecha Nacimiento	
Fecha designación	Motivo: Alta	Baja
Dirección	Tlf.	
Formación:	Ninguna	Básica
	Intermedia	Superior
Horas	Correo electrónico	
Cesión Datos:	SI	NO
Firma:		

N.I.F.	Org. Sindical	
Apellidos	Sexo: M	F
Nombre	Fecha Nacimiento	
Fecha designación	Motivo: Alta	Baja
Dirección	Tlf.	
Formación:	Ninguna	Básica
	Intermedia	Superior
Horas	Correo electrónico	
Cesión Datos:	SI	NO
Firma:		

N.I.F.	Org. Sindical	
Apellidos	Sexo: M	F
Nombre	Fecha Nacimiento	
Fecha designación	Motivo: Alta	Baja
Dirección	Tlf.	
Formación:	Ninguna	Básica
	Intermedia	Superior
Horas	Correo electrónico	
Cesión Datos:	SI	NO
Firma:		

N.I.F.	Org. Sindical	
Apellidos	Sexo: M	F
Nombre	Fecha Nacimiento	
Fecha designación	Motivo: Alta	Baja
Dirección	Tlf.	
Formación:	Ninguna	Básica
	Intermedia	Superior
Horas	Correo electrónico	
Cesión Datos:	SI	NO
Firma:		

N.I.F.	Org. Sindical	
Apellidos	Sexo: M	F
Nombre	Fecha Nacimiento	
Fecha designación	Motivo: Alta	Baja
Dirección	Tlf.	
Formación:	Ninguna	Básica
	Intermedia	Superior
Horas	Correo electrónico	
Cesión Datos:	SI	NO
Firma:		

N.I.F.	Org. Sindical	
Apellidos	Sexo: M	F
Nombre	Fecha Nacimiento	
Fecha designación	Motivo: Alta	Baja
Dirección	Tlf.	
Formación:	Ninguna	Básica
	Intermedia	Superior
Horas	Correo electrónico	
Cesión Datos:	SI	NO
Firma:		

Notas explicativas

Los datos personales se rellenarán a mano con mayúsculas legibles o con ordenador.

La firma ha de ser autógrafa.

\*Organización Sindical: Rellenar apartado indicando la organización sindical por la que ha sido elegido el delegado de prevención en la últimas elecciones sindicales. Si el representante no se ha presentado por ninguna organización sindical, rellenar el espacio correspondiente escribiendo "NINGUNA"

La casilla Cesión datos quiere decir:

**SÍ : Se autoriza** que todos los datos personales del firmante que figuran en el formulario sean cedidos a la Organización Sindical por la que se presenta el trabajador, de acuerdo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**NO: No se autoriza** que cualquiera de los datos personales del firmante que figuran en el formulario sean facilitados a la Organización Sindical por la que se presenta el trabajador.

La cesión de datos tiene por objeto facilitar a las organizaciones implicadas planificar en su seno una actuación global y conjunta de mejora de la formación de estos trabajadores para que desarrollen sus funciones en materia de prevención de riesgos laborales en el seno de la empresa con mayor eficacia.

<p style="text-align: center;"><b>INSTRUCCIONES DE COMPLIMENTACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE DESIGNACIÓN DE DELEGADOS DE PREVENCIÓN (DP)</b></p>
--

*Es importante, para garantizar la calidad del Servicio, que la comunicación de Altas/Bajas se realice en el plazo establecido reglamentariamente (10 días).*

1. Cuando se presente la comunicación de designación de DP tras las elecciones sindicales, se cumplimentarán:
  - Los datos de TODOS los DP designados, incluidos los de aquellos que repiten.
  - Los datos de TODOS los DP que causen baja.
2. En el caso de MODIFICACIÓN por cambio de algún DP, cumplimentar los datos tanto de los que causen Alta como de los que hayan causado Baja.
3. En la comunicación de Baja de un DP, se hará constar la fecha de dicha Baja en la casilla correspondiente a *Fecha designación*.