



<http://www.canarias.ccoo.es>

REGISTRO CONSULTA AL GABINETE DE SALUD LABORAL

Unión Insular, Federación, Sector:		Afiliado/a: Sí <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>	
Empresa:		Nº trabajadores/as:	
Domicilio:		C NAE:	
Nombre del Trabajador/a:		DNI:	
Tlf:	e-mail:		
Representación:	Trabajador/a <input type="checkbox"/>	Deleg. de prevención <input type="checkbox"/>	Deleg. de personal <input type="checkbox"/> Deleg. Sindical <input type="checkbox"/>
Tipo de formación en prevención:		Gestión IT CC:	Sí <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>
Servicio de prevención:	Propio <input type="checkbox"/> Ajeno <input type="checkbox"/> Mancomunado <input type="checkbox"/>	¿Cuál?:	Mutua:
(En el caso que no sea representante de los trabajadores/as indicar)			
Nombre del Delegado/a de prevención:			
Tlf:	e-mail:		
Breve descripción del Asunto:			

Prioridad de la consulta: Alta - Media - Baja

Fecha :	Nombre del Responsable Sindical que Autoriza la remisión de la consulta
---------	---

Fdo

A rellenar por el técnico/a del Gabinete de Salud Laboral

Técnico que desarrolla la consulta: _____
Referencia: __ / __ - Nº de consulta (Istas-asesora): _____
Medio consulta: Presencial <input type="checkbox"/> - Telefónica <input type="checkbox"/> - E-mail <input type="checkbox"/> - A través de la estructura <input type="checkbox"/>
Tipo de asesoramiento: Caso puntual <input type="checkbox"/> - Seguimiento <input type="checkbox"/> - Plan de visitas <input type="checkbox"/>
Propuesta de actuación: