|  |  |
| --- | --- |
| n.° de la FPT: | n.° de la empresa/n.° interno/ Fecha //Codigos |
|  |  (n.° de la empresa1) (n.° interno) (Fecha de emisión2) (Códigos3) |

 Ficha de Puesto de Trabajo Temporal

Sección A: A rellenar por el usario

|  |  |
| --- | --- |
|  N° de la empresa:  | 0XXXXXXXXX |

#  Datos generales

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la empresa: | … |
| Dirección:  | … |
| Nombre del contacto: | … | Tel.: | … | E-mail: | … |
| Servicio externo de prevención y protección en el trabajo (PPT): | … |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n.° interno: | n.° interno |  Fecha de emisión2: | Fecha |

#  Puesto de trabajo o función

|  |  |
| --- | --- |
| Función que realiza: | … |
| Tareas que realiza: | … |
| Cualificaciones requeridas y condiciones profesionales: | … |
| Lugar del puesto de trabajo: | … |
| Equipos de trabajo que utiliza: | … |
| Instrucciones previas: | … |
| Formación a suministrar: | … |

 [ ]  Se permite que el trabajador sea un estudiante

#  Ropa de trabajo y protecciones personales (+ Indique el tipo de protección)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Gafas / Pantalla de seguridad:… | [ ]  Guardapolvo:… | [ ]  Pantalones / Mono:… |
| [ ]  Protecciones auditivas:… | [ ]  Cinturón de seguridad / armés:… | [ ]  Guantes / Manoplas:… |
| [ ]  Calzado de seguridad:… | [ ]  Casco:… | [ ]  Cremas:… |
| [ ]  Chaqueta: … | [ ]  Mascarilla:… | [ ]  Otros:… |

#  Se han tomado medidas relativas a la protección por maternidad [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trabajadora embarazada | Modificación del puesto de trabajo: | … |
| Retirada desde: | … |
| Trabajadora en periodo de lactancia | Modificación del puesto de trabajo: | … |
| Retirada por un periodo de: | … |

#  Fecha de la recomendación

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de la recomendación: | … | [ ]  comité PPT | [ ]  representación sindical | [ ]  participación directa de los trabajadores |
| Fecha de la recomendación del asesor en prevención - médico de empresa: | … |
| Fecha de la recomendación del asesor en prevención - servicio interno: | … |

#  Revisión médica obligatoria [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Riesgos para la salud | Códigos4 | Sí |
| Tipo de puesto de trabajo | Función de seguridadFunción con atención especial Joven menor de 18 añosTrabajo nocturno Trabajo por turnosTrabajo de fin de semana | 125202420252027 | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| Ergonomía | Manipulación de cargas / Trabajo monótono y repetitivo | 2022 / 2023 | [ ]  |
| Agentes biologicósVacunas/pruebas | TétanosTuberculosisHepatitis B | 131213111321 | [ ] [ ] [ ]  |
| Agentes físicos | Vibraciones por todo el cuerpo | 1207 | [ ]  |
| Ruido | Entre 80dB (A) y 85dB (A)Entre 85dB (A) y 87dB (A)Más de 87dB (A) | 120312041205 | [ ] [ ] [ ]  |
| Temperatura | FríoCalor | 12131214 | [ ] [ ]  |
| Agentes químicos | Soldadura y humos de soldadura | 1128 | [ ]  |
| Otros riesgos para la salud | …….. | …….. | [ ]  |

Sección B: A rellenar por la empresa de trabajo temporal

#  Datos generales

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la empresa de trabajo temporal: | … |
| Dirección: | … |
| Nombre del contacto: | … | Tel.: | … | E-mail: | … |
| Servicio extrno PPT: | … |

|  |
| --- |
| … |

#  Trabajador temporal n.° del registro nacional belga:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre, apellido: | … |
| Fecha de nacimiento: | … | Tel.: | … |
| Formción recibida: | … | Experiencia: | … |
| Fecha de emisión de una copia y comunicación al trabajador temporal: | … |

Sección C: A rellenar por el usario - Acogida

A cumplimentar si la ficha de puesto de trabajo del usuario se utiliza como documento de registro para la acogida

#  Realización de la acogida [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del responsable de la acogida:… | Función del responsable de la acogida:… |
| Firma:… | Fecha y periodo de la acogida:… |