|  |  |
| --- | --- |
| 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 seguridad  Función con atención especial  Joven menor de 18 años  Trabajo nocturno  Trabajo por turnos  Trabajo de fin de semana | | 1  2  5  2024  2025  2027 |  |
| Ergonomía | Manipulación de cargas / Trabajo monótono y repetitivo | 2022 / 2023 |  |
| Agentes biologicós  Vacunas/pruebas | Tétanos  Tuberculosis  Hepatitis B | | 1312  1311  1321 |  |
| 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) | 1203  1204  1205 |  |
| Temperatura | Frío  Calor | 1213  1214 |  |
| 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:  … |