



FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL

SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> Persona afectada	<input type="checkbox"/> Área/Servicio de Prevención	<input type="checkbox"/> Recursos Humanos	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/> Comité de Seguridad y Salud	<input type="checkbox"/> Delegados/das de prevención	<input type="checkbox"/> Unidad directiva afectada	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN PSICOSOCIAL COMUNICADA

<input type="checkbox"/> Moral/Laboral	<input type="checkbox"/> Por razón de sexo	<input type="checkbox"/> Otras (Especificar)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Por razón de la orientación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AFECTADA

Nombre y apellidos NIF Sexo (H/M)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Teléfono de contacto

<input type="text"/>

DATOS PROFESIONALES DE LA PERSONA AFECTADA

Centro de trabajo Dirección Unidad directiva

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

<input type="text"/>

DOCUMENTACIÓN ANEXA

Sí (Especificar) No

<input type="text"/>

SOLICITUD

Solicito el inicio del Protocolo Formal de Actuación

<input type="text"/>

LOCALIDAD Y FECHA

FIRMA DE LA PERSONA INTERESADA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------