



D./Dña. _____ trabajador/a del SAS, con DNI nº _____ con categoría profesional de _____ y puesto de trabajo _____ en el Centro sanitario _____ en el municipio de _____ con turno de _____, con _____ años de edad, domicilio en _____ nº _____ del municipio de _____, teléfonos de contacto _____ y correo electrónico _____

Mediante la firma del presente documento el/la trabajador/a declara haber recibido información, según lo contemplado en el Art. 18, apdo. 1 de la Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), en relación con:

- A) Los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a su puesto de trabajo o función.**
- B) Las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos señalados en el apartado anterior.**
- C) Las medidas adoptadas de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 20. Medidas de emergencia, de la citada Ley 31/95 de PRL.**

LUGAR, FECHA Y FIRMA

En..... a..... de..... de.....

EL/LA TRABAJADOR/A

CARGO INTERMEDIO

INFORMA y/o ENTREGA la DOCUMENTACION.

Fdo..... Fdo.....