

UN: _____

OBRA CONTRATADA: _____ Nº CONTRATO _____

PARTE DE INICIACION DE TRABAJOS

Impreso nº 1

Empresa Contratista: _____

Domicilio Social: _____ Tfno. _____

Descripción del trabajo a realizar: _____

Centro de trabajo: _____

Fecha de comienzo de los trabajos: _____ Duración: _____

Número de la Seguridad Social: _____

Empresa Aseguradora de Accidentes (Incapacidad Laboral Transitoria): _____

Empresa Aseguradora de Accidentes (Incapacidad Permanente y Muerte): _____

Servicio Médico para Reconocimientos (1) _____

Servicio Médico de Accidentes (1) (2): _____

Transporte de heridos concertado con (2): _____

Hospitalización de Accidentados concertado con (2): _____

Primeros Auxilios: _____

Representante del Contratista: _____

En su ausencia : _____

Responsable de Seguridad del Contratista: _____

En su ausencia: _____

Observaciones: _____

_____, a ____ de _____ de 19 ____

**EL REPRESENTANTE
DEL CONTRATISTA**

(1) Indíquese nombre y domicilio del Servicio Médico

(2) Estos datos deben ser conocidos por el personal de la Obra