

EXPTE. Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNICACIÓN DE APERTURA O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1 DATOS DE LA EMPRESA					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN			<input type="checkbox"/> 2 YA EXISTENTE		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				DNI/NIF	
DOMICILIO SOCIAL					
MUNICIPIO		PROVINCIA		CÓD. POSTAL	TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA DE A.T. Y E.P.			

2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD		<input type="checkbox"/> 3 CAMBIO DE ACTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> 4 TRASLADO					
NOMBRE					
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO					
MUNICIPIO		PROVINCIA		CÓD. POSTAL	TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA		FECHA INICIO		Nº CÓD. CTA. COTIZ. SEG. SOCIAL	
		Día Mes Año			
CLASE CENTRO DE TRABAJO (TALLER, OFICINA, ALMACÉN, SI SE TRATA DE CENTRO MÓVIL, INDICAR LOCALIZACIÓN)				SUPERFICIE CONSTRUIDA (M ²)	
NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS				ADJUNTA PLANO DE SITUACIÓN	
HOMBRES:		MUJERES:		TOTAL:	
ACOMPaña PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (1)				ADJUNTA PROYECTO TÉCNICO Y MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD (2)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

3 DATOS DE PRODUCCIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	
MAQUINARIA O APARATOS INSTALADOS	POTENCIA INSTALADA (Kw O CV)
REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDOS EN EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN (3)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes:	
.....	
.....	

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de EL/LA EMPRESARIO/A O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO EN

(1)] R.D. 1627/97, de 24 de octubre (BOE 25-10-97)

(2)] Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, D. 2414/61, de 30 de noviembre (BB.OO. 7-12, 30-12 y 7-3-62).

(3)] Anexo 1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero (BOE 31-1-97).

EJEMPLAR PARA LA AUTORIDAD LABORAL

000042/2

EXPTE. Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNICACIÓN DE APERTURA O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1 DATOS DE LA EMPRESA				
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 YA EXISTENTE		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				DNI/NIF
DOMICILIO SOCIAL				
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA DE A.T. Y E.P.		

2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO				
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD		<input type="checkbox"/> 3 CAMBIO DE ACTIVIDAD
<input type="checkbox"/> 4 TRASLADO				
NOMBRE				
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO				
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX
ACTIVIDAD ECONÓMICA		FECHA INICIO Dia Mes Año	Nº CÓD. CTA. COTIZ. SEG. SOCIAL	
CLASE CENTRO DE TRABAJO (TALLER, OFICINA, ALMACÉN, SI SE TRATA DE CENTRO MÓVIL, INDICAR LOCALIZACIÓN)				SUPERFICIE CONSTRUIDA (M ²)
NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS HOMBRES: MUJERES: TOTAL:			ADJUNTA PLANO DE SITUACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ACOMPaña PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ADJUNTA PROYECTO TÉCNICO Y MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD (2) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3 DATOS DE PRODUCCIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	
MAQUINARIA O APARATOS INSTALADOS	POTENCIA INSTALADA (Kw O CV)
REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDOS EN EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN (3) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes:	
.....	
.....	

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de EL/LA EMPRESARIO/A O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO EN

(1)] R.D. 1627/97, de 24 de octubre (BOE 25-10-97)

(2)] Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, D. 2414/61, de 30 de noviembre (BB.OO. 7-12, 30-12 y 7-3-62).

(3)] Anexo 1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero (BOE 31-1-97).

EJEMPLAR PARA LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

000042/2

EXPTE. Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNICACIÓN DE APERTURA O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1 DATOS DE LA EMPRESA					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN			<input type="checkbox"/> 2 YA EXISTENTE		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					DNI/NIF
DOMICILIO SOCIAL					
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX	
ACTIVIDAD ECONÓMICA			ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA DE A.T. Y E.P.		

2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD		<input type="checkbox"/> 3 CAMBIO DE ACTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> 4 TRASLADO					
NOMBRE					
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO					
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX	
ACTIVIDAD ECONÓMICA		FECHA INICIO Dia Mes Año	Nº CÓD. CTA. COTIZ. SEG. SOCIAL		
CLASE CENTRO DE TRABAJO (TALLER, OFICINA, ALMACÉN, SI SE TRATA DE CENTRO MÓVIL, INDICAR LOCALIZACIÓN)				SUPERFICIE CONSTRUIDA (M ²)	
NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS HOMBRES: MUJERES: TOTAL:			ADJUNTA PLANO DE SITUACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ACOMPaña PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			ADJUNTA PROYECTO TÉCNICO Y MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD (2) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3 DATOS DE PRODUCCIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	
MAQUINARIA O APARATOS INSTALADOS	POTENCIA INSTALADA (Kw O CV)
REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDOS EN EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN (3) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes:	
.....	
.....	

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de EL/LA EMPRESARIO/A O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO EN

(1)] R.D. 1627/97, de 24 de octubre (BOE 25-10-97)

(2)] Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, D. 2414/61, de 30 de noviembre (BB.OO. 7-12, 30-12 y 7-3-62).

(3)] Anexo 1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero (BOE 31-1-97).

EJEMPLAR PARA LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS SOCIALES Y LABORALES DEL Mº. T. Y AA. SS.

000042/2

EXPTE. Nº

COMUNICACIÓN DE APERTURA O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1 DATOS DE LA EMPRESA				
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 YA EXISTENTE		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				DNI/NIF
DOMICILIO SOCIAL				
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA DE A.T. Y E.P.		

2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO				
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD		<input type="checkbox"/> 3 CAMBIO DE ACTIVIDAD
<input type="checkbox"/> 4 TRASLADO				
NOMBRE				
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO				
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX
ACTIVIDAD ECONÓMICA		FECHA INICIO Dia Mes Año	Nº CÓD. CTA. COTIZ. SEG. SOCIAL	
CLASE CENTRO DE TRABAJO (TALLER, OFICINA, ALMACÉN, SI SE TRATA DE CENTRO MÓVIL, INDICAR LOCALIZACIÓN)				SUPERFICIE CONSTRUIDA (M ²)
NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS HOMBRES: MUJERES: TOTAL:			ADJUNTA PLANO DE SITUACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ACOMPaña PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ADJUNTA PROYECTO TÉCNICO Y MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD (2) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3 DATOS DE PRODUCCIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	
MAQUINARIA O APARATOS INSTALADOS	POTENCIA INSTALADA (Kw O CV)
REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDOS EN EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN (3) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes:	

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de EL/LA EMPRESARIO/A O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO EN

(1)] R.D. 1627/97, de 24 de octubre (BOE 25-10-97)

(2)] Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, D. 2414/61, de 30 de noviembre (BB.OO. 7-12, 30-12 y 7-3-62).

(3)] Anexo 1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero (BOE 31-1-97).

EJEMPLAR PARA LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS SOCIALES Y LABORALES DEL Mº. T. Y AA. SS.

000042/2

EXPTE. Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNICACIÓN DE APERTURA O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1 DATOS DE LA EMPRESA					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN			<input type="checkbox"/> 2 YA EXISTENTE		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				DNI/NIF	
DOMICILIO SOCIAL					
MUNICIPIO		PROVINCIA		CÓD. POSTAL	TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA DE A.T. Y E.P.			

2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD		<input type="checkbox"/> 3 CAMBIO DE ACTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> 4 TRASLADO					
NOMBRE					
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO					
MUNICIPIO		PROVINCIA		CÓD. POSTAL	TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA		FECHA INICIO		Nº CÓD. CTA. COTIZ. SEG. SOCIAL	
		Día Mes Año			
CLASE CENTRO DE TRABAJO (TALLER, OFICINA, ALMACÉN, SI SE TRATA DE CENTRO MÓVIL, INDICAR LOCALIZACIÓN)				SUPERFICIE CONSTRUIDA (M ²)	
NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS				ADJUNTA PLANO DE SITUACIÓN	
HOMBRES:		MUJERES:		TOTAL:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ACOMPaña PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (1)			ADJUNTA PROYECTO TÉCNICO Y MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD (2)		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3 DATOS DE PRODUCCIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	
MAQUINARIA O APARATOS INSTALADOS	POTENCIA INSTALADA (Kw O CV)
REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDOS EN EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN (3)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes:	
.....	
.....	

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de EL/LA EMPRESARIO/A O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO EN

(1)] R.D. 1627/97, de 24 de octubre (BOE 25-10-97)

(2)] Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, D. 2414/61, de 30 de noviembre (BB.OO. 7-12, 30-12 y 7-3-62).

(3)] Anexo 1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero (BOE 31-1-97).

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE SEGURIDAD E HIGIENE

000042/2

EXPTE. Nº

--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNICACIÓN DE APERTURA O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1 DATOS DE LA EMPRESA					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN			<input type="checkbox"/> 2 YA EXISTENTE		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				DNI/NIF	
DOMICILIO SOCIAL					
MUNICIPIO		PROVINCIA		CÓD. POSTAL	TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA DE A.T. Y E.P.			

2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO					
<input type="checkbox"/> 1 DE NUEVA CREACIÓN		<input type="checkbox"/> 2 REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD		<input type="checkbox"/> 3 CAMBIO DE ACTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> 4 TRASLADO					
NOMBRE					
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO					
MUNICIPIO		PROVINCIA		CÓD. POSTAL	TELÉFONO
ACTIVIDAD ECONÓMICA		FECHA INICIO		Nº CÓD. CTA. COTIZ. SEG. SOCIAL	
		Día Mes Año			
CLASE CENTRO DE TRABAJO (TALLER, OFICINA, ALMACÉN, SI SE TRATA DE CENTRO MÓVIL, INDICAR LOCALIZACIÓN)				SUPERFICIE CONSTRUIDA (M ²)	
NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS			ADJUNTA PLANO DE SITUACIÓN		
HOMBRES: MUJERES: TOTAL:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ACOMPaña PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (1)			ADJUNTA PROYECTO TÉCNICO Y MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD (2)		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3 DATOS DE PRODUCCIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	
MAQUINARIA O APARATOS INSTALADOS	POTENCIA INSTALADA (Kw O CV)
REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDOS EN EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN (3)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, especificar trabajos, actividades, operaciones o agentes:	
.....	
.....	

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de EL/LA EMPRESARIO/A O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO EN

- (1)] R.D. 1627/97, de 24 de octubre (BOE 25-10-97)
- (2)] Actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, D. 2414/61, de 30 de noviembre (BB.OO. 7-12, 30-12 y 7-3-62).
- (3)] Anexo 1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero (BOE 31-1-97).

EJEMPLAR PARA EL/LA INTERESADO/A

000042/2