

Solicitud de análisis de riesgos laborales

Fecha de solicitud: _____

Nombre y apellidos del funcionario (a): _____

Cédula: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Centro de trabajo: _____ Puesto: _____

Sede: _____

Fuente de riesgo:

Iluminación Calor- frío Ruido Sustancias químicas

Condiciones del local Condiciones del puesto de trabajo

Otro, ¿Cuál? _____

Descripción de la condición a evaluar:

Firma del solicitante

Uso exclusivo del Área de Salud Laboral: