

## HOJA INFORMATIVA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D./Dña: ....., persona de  
nuevo ingreso en el Hospital Valdecilla donde ejercerá funciones de

### DECLARA QUE

① He recibido información de la Dirección Gerencia del HUMV de que dispongo de documentación informativa en materia de Prevención de Riesgos Laborales en la intranet del hospital en el enlace: **“PREVENCIÓN RRL”** (<http://portal.intranet.humv.es/>).

De particular interés es la lectura del documento:

- **MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL HOSPITAL HUMV**  
Señala los riesgos generales, los específicos por puesto y las medidas de emergencia, y además:
  - Las Política en Prevención de Riesgos Laborales de la Dirección Gerencia.
  - Las Funciones y Responsabilidades en Prevención en toda la línea jerárquica, siguiendo el principio de *“prevención integrada”* como indica la normativa legal vigente.
- En el mismo enlace **“PREVENCIÓN RRL”** dispongo de información sobre mis **DELEGADOS DE PREVENCIÓN**, representantes especializados en la materia, a los que podré consultar o comunicar incidencias a corregir, o mejoras a valorar según su viabilidad y los recursos disponibles.

Ya en mi puesto de trabajo y en caso de duda por cuestiones de prevención me dirigiré a mi Supervisor directo y en segunda instancia sino se me aclara a satisfacción, al Servicio de Prevención del hospital.

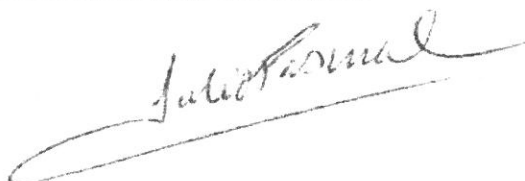
② Se me ha informado de mi obligación de **“EVALUACIÓN DE LA SALUD DE INGRESO”**, al objeto de acreditar la capacidad funcional para el desempeño de las funciones derivadas de mi nombramiento, como exige la *“Ley de Cantabria 9/2010 del Personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria (artículo 35.C)”*, así como en el *“Acuerdo de Selección de Personal Estatutario temporal de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria (artículo 4.C)”*.

Se me ha informado de mi deber de colaborar con la Dirección para evaluar que no padezco una condición de la salud incompatible con el puesto al que se me destina, por originar una incapacidad manifiesta o un riesgo para la salud de otros, de acuerdo con la *“Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (artículo 22)”*.

Para realizar mi **“Evaluación de la salud al ingreso”** contactaré con *Medicina del Trabajo (Servicio de Prevención)*, Pabellón 15-1º (**TFNO: 73224**, en horario de mañana) para solicitar cita.

En Santander, a ..... / ..... / .....

EL DIRECTOR GERENTE,



Fdo. Julio Pascual Gómez

Firma declarante

