



**INFORMACIÓN DO POSTO DE TRABALLO:**

Consellería:

Centro de Traballo/ Unidade Administrativa:

Responsable do Centro:

Núm.

Teléfono:

Nome e apelidos do traballadora/a:

Posto de traballo:

Data de nacemento:

DNI:

Teléfono:

Correo Electrónico:

**INFORME DE NIVEL DE RISCO DO POSTO DE TRABALLO ATENDENDO AO ANEXO**

- NR1 (Nivel de risco 1):** Similar ao risco comunitario, traballo sen contacto con persoas sintomáticas.
- NR2 (Nivel de risco 2):** Traballo en contacto con persoas sintomáticas, mantendo a distancia de seguridade e sen actuación directa sobre elas.
- NR3 (Nivel de risco 3):** Asistencia ou intervención directa sobre persoas sintomáticas, con EPI adecuado e sen manter a distancia de seguridade.
- NR4 (Nivel de risco 4):** Profesionais non sanitarios que deben realizar manobras xeradoras de aerosoles, como por exemplo RCP.

**Breve descripción do posto:**

A persoa solicitante declara baixo a súa responsabilidade que sofre algunha das patoloxías/ situacións determinadas polo Ministerio de Sanidade como grupos vulnerables (deberá dispoñer do informe médico que o acredite que lle será solicitado polo servizo de prevención)

Asdo. polo  
traballador/a.:

Persoa Responsable do centro de  
traballo/ Unidade Administrativa

Asdo.: \_\_\_\_\_