


| | | |
|----------------|--|--|
| FIGHT FILMS SL | MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES |  Ref: PR.06-A2 Rev: 11 Fecha: 20-01-2023 |
| | PRO-05-06 FORMACIÓN/INFORMACION EN PREVENCIÓN DE RIESGOS | |

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Productora | FIGHT FILMS SL |
| Proyecto | BIMBO |
| Producción | BIMBO |
| Fecha realización | 29 febrero y 5 de marzo DE 2024 |

DP-05-06 FORMACIÓN / INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Según el artículo 18 y19 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

| | |
|------------------|--|
| Sesión Formativa | Formación e Información en prevención de riesgos laborales Riesgos propios de los trabajos audiovisuales BIMBO Riesgos asociados a la Evaluación de riesgos , incendios y emergencias Equipos de protección individual Manipulación manual de cargas Formación e información agentes biológicos Fichas informativas de riesgos según art 18 Ley 31/1995 y dossier de formación del puesto de trabajo Riesgos psicosociales/ acoso laboral |
|------------------|--|

DP-12-01. AUTORIZACIÓN/RENUNCIA REALIZACIÓN EXÁMENES DE SALUD

De acuerdo a los requerimientos de información y consentimiento para el tratamiento de los datos de carácter personal y principio de transparencia recogido en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679/UE, así como la normativa estatal de aplicación, **GESEME 1996, S.L.** le informa que los datos obtenidos de la revisión médica, que usted autoriza voluntariamente, serán tratados por los profesionales de Medicina del trabajo de **GESEME 1996, S.L.**

El conjunto de datos obtenidos comprende, los facilitados en el cuestionario específico y aquellos derivados de pruebas diagnósticas complementarias y análisis clínicos que se realicen con motivo de la revisión médica, pasando a formar parte de la historia clínica del trabajador. La información y datos obtenidos se conservarán según los criterios establecidos por la normativa de autonomía del paciente y el tratamiento de su información médica.

Así mismo, sus datos de contacto serán utilizados con el fin de poder comunicarle información relativa a la disponibilidad de citas médicas, resultados o envío de los mismos, ya sea a través de medios telemáticos, electrónicos o postales que así nos indique. Para ello solicitamos su consentimiento para:

- Envío de mensajes SMS para concertación y confirmación de visitas.
- Comunicar sus datos de contacto a aquellos centros médicos donde debe realizarse la revisión médica fuera de los centros propios de GESEME 1996, SL

Comunicaciones de datos: No están previstas cesiones de datos a terceros, fuera del supuesto de comunicación de la aptitud del trabajador a la empresa, en cumplimiento de las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales.

Los reconocimientos tienen carácter voluntario, excepto en aquellos casos previstos en el artículo 22, punto 1, párrafo 2º de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95 (LPRL), es decir, básicamente cuando sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud, para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un riesgo para sí mismo o para otros, o bien si estuviera específicamente regulado por ley (especialmente los del anexo I del R.D. 39/ 97 de 17 de Enero).

Los exámenes tienen carácter reservado o confidencial, de tal forma que el personal sanitario (y en su caso, la autoridad sanitaria legitimada para conocer dicha información) no tiene permitido transmitir al empresario o a terceros, el resultado del control sanitario, salvo que el trabajador lo autorice expresamente (art. 22.2, 3 y 4 de la LPRL), quedando, por tanto, constancia únicamente de la APTITUD para el desempeño de su puesto de trabajo.

En caso de no realizar este reconocimiento médico específico en la actualidad, y si posteriormente a esta fecha, usted quisiera realizarlo, la empresa no se negará y le ofrecerá la posibilidad, con las mismas condiciones y garantías que en la actualidad.

- AUTORIZO** la realización del reconocimiento médico arriba indicado.
- NO AUTORIZO** la realización del reconocimiento médico arriba indicado.

DP-07-01. EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Marcar los equipos que se hacen entrega Mascarilla Gel hidroalcoholico otros.....

| Nombre y Apellidos | Puesto de trabajo | DNI | Firma |
|--------------------|-------------------|-----|-------|
| | | | |