USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	SERVIZO DE PREVENCIÓN DE RISCOS
	DOCUMENTO DE CERTIFICACIÓN DE EMPRESA CONTRATISTA

A empresa _____ certifica a veracidade dos datos que se citan a continuación, ademais de acompañar, de non telo feito con anterioridade, a documentación esixida, marcada con (*)

Realización de actuaciones da empresa contratista	**SI** (marcar cun X)	**Documentación presentada con anterioridade e vixente (marcar cun x)**
1. Recibiu da USC o documento "información preventiva para empresas exteriores"		
2. Disponse dun Modelo Organizativo de Prevención de Riscos Laborais		
3. Presentouse o listado de traballadores/as que van a realizar traballos na USC (*)		
4. Disponse dunha avaliación propia de riscos e da correspondente planificación de medidas de control para os traballos obxeto da contrata		
5. Trasladouse ós seus traballadores a información recibida da USC, así como a correspondente á avaliación de riscos		
6. Os traballadores que van a intervir poseen a formación preventiva axeitada ó traballo que van a realizar		
7. Estos traballadores son aptos, desde o punto de vista médico, para realizar os traballos contratados		
8. A empresa informa que a persoa responsable do equipo que intervirá nos traballos é D./Dona		
9. A empresa informa que a persoa interlocutora en prevención de riscos laborais coa USC será D./Dona		
10. O responsable do equipo recibirá as instruccións da USC e trasladaráas ós seus traballadores e subcontratistas se os houbera		
11. Antes do inicio dos traballos o contratista exixirá ós seus subcontratistas as mesmas condicións contidas neste documento		
12. Os equipos de traballo que se vaian a utilizar por parte da contratista e dos seus posibles subcontratistas cumprirán coa regramentación vixente		
13. A empresa contratista comprométese a comunicar á USC calquera anomalía, incidente ou accidente que se produza durante a realización dos traballos		
14. Entrega do número de rexistro de establecemento e servizos praguicidas de cada provincia (Orde 24 de febreiro de 1993) (*)		
15. Copia do carnet de aplicador de tratamentos DDD (de nivel cualificado para o responsable, de nivel básico para os auxiliares) (*)		

Asinado D./Dona: Cargo:	Data: