



D./DÑA : **NOMBRE Y APELLIDOS**

EN CALIDAD DE GERENTE O RESPONSABLE DE: **NOMBRE DE EMPRESA, T. AUTÓNOMO**

Declara que ha sido informado y ha transmitido a los trabajadores que desarrollan los trabajos en las INSTALACIONES DE LA COFRADIA DE SANTOÑA la Siguiete Información:

(Táchese la información que haya recibido)

- Los riesgos existentes inherentes a las áreas de trabajo, donde va a desarrollar su actividad laboral.
- Las medidas de protección y prevención a adoptar en las áreas de trabajo donde va a desarrollar su actividad.
- Normas de actuación ante emergencias.

Relación de Trabajadores Informados:

PUESTO DE TRABAJO	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA

En Santoña a de de 2022

Sello y Firma COFRADIA DE SANTOÑA