



**Consorci d'Educació  
de Barcelona**  
Generalitat de Catalunya  
Ajuntament de Barcelona



# REUNIÓ AMB ELS COORDINADORS/ES DE PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS DELS CENTRES I SERVEIS EDUCATIUS PÚBLICS DE BARCELONA

Octubre 2011



# PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS

## FONAMENTS LEGALS:

- Constitució Espanyola (art. 40)
- Llei 31/1995 de Prevenció de Riscos Laborals
- Llei 54/2003 de Reforma del Marc Normatiu de la Prevenció de Riscos Laborals.
- Normativa de desenvolupament reglamentari de la LLPRL, com:
  - ✓ RD 486/1997 Seguretat als llocs de treball.
  - ✓ RD 487/1997 Manipulació manual de càrregues.
  - ✓ RD 1215/1997 Utilització d'equips de treball.
  - ✓ .....etc.



## Organització del Servei de Prevenció de Riscos Laborals

Personal	Funcions	Ext.	Correu
Berta Sánchez Gómez	Cap del servei	<b>6806</b>	bsanchez.ceb@gencat.cat
Susana Robles Pacheco	Avaluació de Riscos Laborals	<b>6811</b>	srobles.ceb@gencat.cat
Albert Badia Bosch	Plans d'autoprotecció i simulacres	<b>6807</b>	abadia.ceb@gencat.cat
Tamara Peña González	Control de plagues, Accidents laborals i gestió de residus	<b>6808</b>	tpena.ceb@gencat.cat
Rosa Robert	Metgessa del Treball	<b>6810</b>	rosarobert.ceb@gencat.cat

**Correu:** [rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat](mailto:rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat)

**Tel. directe:** 93 551 10 46

**Tel. general:** 93 551 10 00 + ext.

**Fax:** 93 554 25 55



# PROCEDIMENTS DE L'ACTIVITAT PREVENTIVA

- **Pla de treball i Mèmorria.**
- **Plans d'autoprotecció: simulacres i senyalització.**
- **Vigilància de la Salut: reconeixements mèdics i adaptacions al lloc de treball (art. 25).**
- **Accidents laborals.**
- **Control de plagues.**



# PLA DE TREBALL I MEMÒRIA



## PLA DE TREBALL DE L'ACTIVITAT PREVENTIVA. CURS 10/11

Centre	
Director/a centre	
Coordinador/a de Prevenció de Riscos Laborals	

### ACTUACIONS PREVISTES DURANT EL CURS:

#### Pla d'emergència

Revisar i actualitzar el pla	Data prevista:		
Realització del simulacre	Data prevista:		
Existència de plànols d'evacuació	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

#### Informació de l'estat del material contra incendis

Instal·lacions	SÍ	NO	Observacions
Alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extintors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enllumenat d'emergència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boques d'incendis equipades (BIE's)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulsador alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Senyalització	<input type="checkbox"/> No n'hi ha	<input type="checkbox"/> Insuficient	<input type="checkbox"/> Correcte

#### Revisió periòdica dels equips de lluita contra incendis (una vegada al trimestre)

Data 1 <sup>er</sup> trimestre	Data 2 <sup>on</sup> trimestre	Data 3 <sup>on</sup> trimestre
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### Identificació de les situacions de possible risc

Situacions de possible risc	Actuacions previstes

#### Calendari revisió farmàcies dels treballadors i treballadores (mínim una vegada al trimestre)

Data 1 <sup>er</sup> trimestre	Data 2 <sup>on</sup> trimestre	Data 3 <sup>on</sup> trimestre
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------



### Ordre i neteja, actuacions previstes

Espais	Calendari

### Previsió d'accions informatives sobre aspectes de prevenció de riscos i salut laborals

Accions - temes	Calendari previst

### Observacions

Observacions i/o altres actuacions

Data lliurament del Pla de treball	
------------------------------------	--

Coordinador/a de Prevenció de Riscos Laborals

Vist-i-plau Director/a



# AVALUACIÓ DEL SIMULACRE

Un cop realitzat el simulacre feu arribar la fitxa degudament complimentada per correu electrònic o per fax.

## SOL-LICITUD SENYALITZACIÓ

S'haurà de fer la sol·licitud indicant: **codi de referència, mides i unitats.**



### FITXA AVALUACIÓ SIMULACRE CURS 10/11

*FULL ADREÇAT A LA CAP D'EMERGENCIA (DIRECTORIA) DEL CENTRE*

*Empleneu, si us plau, totes les dades següents:*

Centre:	Data:
Nom del/la Cap d'emergència:	

#### ACCIONS DEL SIMULACRE

HORA	ALERTIA		DESCONNECTAR GAS		S/NO
	RECOPITE		TANCAR PORTES		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TELEFONAR ELS BOMBERS  S/NO

GRAU DE COL·LABORACIÓ DOCENTS  POC  SUF.  MOLT

GRAU DE COL·LABORACIÓ ALUMNAT  POC  SUF.  MOLT

GRAU DE COL·LABORACIÓ P.A.S.  POC  SUF.  MOLT

GRAU D'ORGANITZACIÓ  POC  SUF.  MOLT

AVALUACIÓ DEL SIMULACRE  FAVORABLE  REPETIR SIMULACRE

OBSERVACIONS:

Signat Cap d'emergència

Segell centre

Mail: [abadia.ceb@gencat.cat](mailto:abadia.ceb@gencat.cat)

Núm. Fax: **93 554.25.55**



# VIGILÀNCIA DE LA SALUT: RECONeixEMENTS MÈDICS I ADAPTACIÓ LLOC TREBALL (ART. 25)

## RECONeixEMENTS MÈDICS

Es realitza un reconeixement mèdic als treballadors cada quatre anys (personal Departament Ensenyament) i cada 2 anys (Personal Municipal)

- TRET'S CARACTERÍSTICS: **Voluntària, Confidencial, No discriminatòria, Específica**
- FINALITAT: **Comunicar els resultats només als treballadors, i si el treballador és "apte" per relitzar la seva feina o si necessita una adaptació al lloc de treball (ARTICLE 25 LLPRL).**

## ADAPTACIÓ AL LLOC DE TREBALL (ART 25, LLPRP)

- Sol·licitud de l'adequació al lloc de treball per registre
- Visita programada amb la metgessa del treball.
- Lliurament de l'informe mèdic resultant
- Adaptació del lloc de treball segons mesures correctores de l'informe.





# ACCIDENTS LABORALS

## VOLANTS

**ASEPEYO** **ESBORRAR VOLANT**

Empresa  
Núm. CCC (codi compte cotització)  / \_\_\_\_\_

Us demanem que assistiu el treballador/a d'aquesta empresa

Nom i cognoms \_\_\_\_\_  
Núm. afiliació SS  /  /  DNI/NIE \_\_\_\_\_  
que ha sofert un accident de treball el dia  /  a les  h,  
a  de la forma següent \_\_\_\_\_

En cas de ser baixa mèdica, formalitzarem en els pròxims cinc dies el corresponent comunicat d'accident, d'acord amb les disposicions legals vigents.   
\_\_\_\_\_ de/d'  de \_\_\_\_\_  
(Signatura i segell de l'empresa)

Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social núm. 151

De conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, Asepeyo, Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social núm. 151, amb CIF: G-08215034, fa informació que les seves dades de caràcter personal seran incorporades a l'Exer temporal degudament inscrit en l'Ingeniería Española de Protección de Datos, la qual té per única finalitat la gestió com a entitat col·laboradora de la Seguretat Social, amb vista de l'assistència prestat, i els dades facilitats, només, podran ser comunicats a l'interior. Els informem que podem exercir els vostres drets a través de la direcció asepeyo@asepeyo.cat, contactant amb el nostre Servei d'atenció al client (902 151 002), mitjançant un escrit adreçat a Asepeyo, Via Augusta, núm. 36, 08006 Barcelona, o des de qualsevol dels nostres centres assistencials.

**Sol·licitud d'assistència sanitària per accident de treball**

ACTIVA MUTUA 2008 - Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social núm. 3  
CIF: G43041442

Prequem prestin assistència sanitària amb càrrec a ACTIVA MUTUA 2008 MATEPSS n. 3 al següent treballador:

Empresa		N.I.F. / C.I.F.		C.C.C.	
Ratd social					
Domicili		Codi Postal	Localitat		
e-mail		Telèfon		Fax	
Treballador					
Nom i cognoms		N.I.F. / N.I.E.			
Domicili		Localitat		Telèfon	
Data d'ingrés a l'empresa		Professió			
Accident					
Data		Descripció de l'accident:			
Hora					

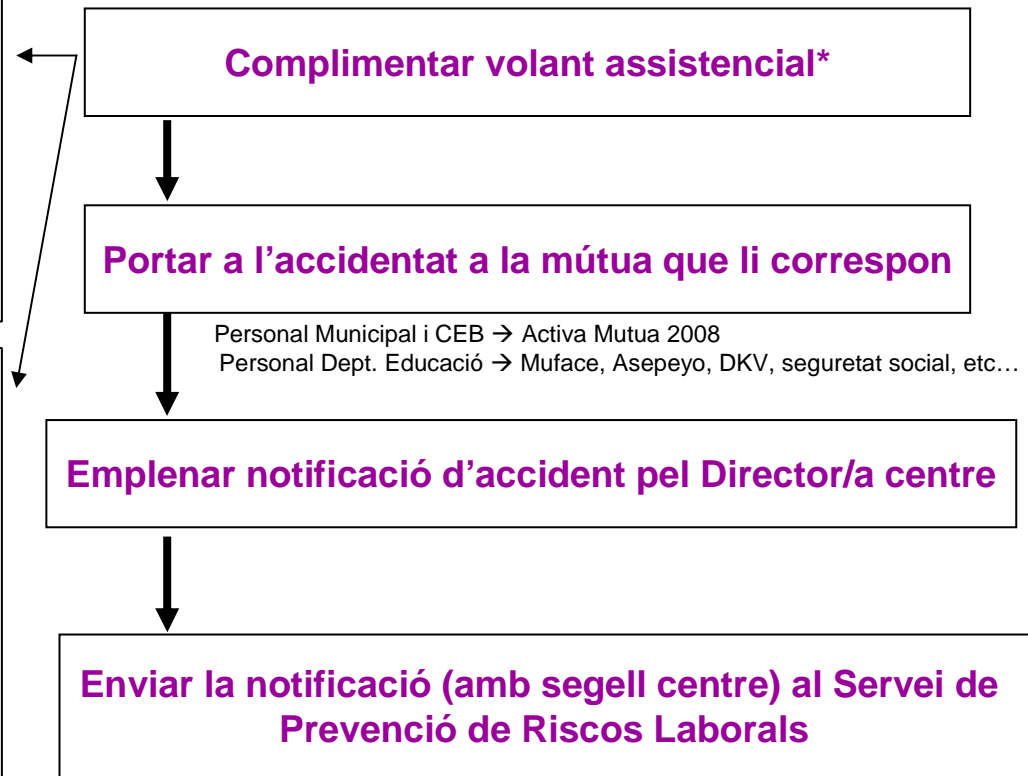
**IMPORTANT:** Prequem que aquesta sol·licitud d'assistència sigui adjuntada a la factura o minuta de despeses per el Centre Assistencial o facultatiu que presta l'assistència, si procedeix, fent constar les cures realitzades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

L'emissió d'aquesta sol·licitud d'assistència sanitària no suposa reconeixement d'accident de treball. EL COMUNICAT MÈDIC DE BAIKA O COMUNICAT D'ASSISTÈNCIA SENSE BAIXA MÈDICA li serà lliurat al treballador, sempre que aporti aquesta sol·licitud i els nostres metges considerin que és un ACCIDENT DE TREBALL. En el cas d'emetre's baixa mèdica per accident de treball, l'empresa haurà de generar telemàticament el Comunicat d'Accident dins dels 5 dies següents a la data de la baixa. Per a facilitar els tràmits administratius, prequem omplir tots els apartats. Sempre que necessin volants d'assistència, poden sol·licitar-los a les nostres oficines o a través de [www.activamutua.es](http://www.activamutua.es)

En compliment del que estableix l'article 17.1 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal informem que, mitjançant la subscripció del present formulari, les seves dades personals seran incorporades i seran tractades d'acord amb la normativa vigent per ACTIVA MUTUA 2008, amb la finalitat de poder prestar i valorar els nostres serveis. Així mateix informem de la possibilitat d'exercir els drets d'oposició, modificació, cancel·lació i oportunitat de les seves dades de caràcter personal, a [top@activamutua.es](mailto:top@activamutua.es) o a l'Pg. Orde de Setembre, 34 - 28160 Lleida.

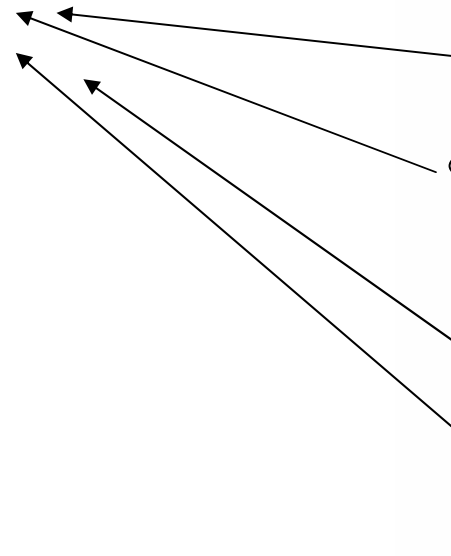
**PROCÈS EN CAS ACCIDENT LABORAL:**  
Davant d'un accident laboral al centre  
(o in itinere):





# ACCIDENTS LABORALS

Obligatori emplenar



**Consorci d'Educació de Barcelona**  
Generalitat de Catalunya  
Ajuntament de Barcelona

**NOTIFICACIÓ D'ACCIDENT LABORAL (INFORME D'INVESTIGACIÓ)**

**DADES DEL CENTRE DE TREBALL**

Nom del centre	
Codi	

**DADES DE LA PERSONA ACCIDENTADA**

Nom		Cognoms	
DNI / NIE		Data Naixement	
Lloc de treball (per exemple: docent, subaltern, administratiu...)			
Relació laboral (per exemple: funcionari, laboral, interí, altres...)			
Entitat asseguradora	<input type="checkbox"/> ACTIVA MUTUA 2008 <input type="checkbox"/> ASEPEYO <input type="checkbox"/> MUFACE Entitat _____ <input type="checkbox"/> ALTRES MUTUES Entitat _____		

**DADES DE L'ACCIDENT**

Data accident		Hora del dia	
Feina que efectuava			
Lloc de l'accident (en cas que l'accident s'hagi produït fora del centre de treball habitual, cal indicar-ne el lloc exacte)			
Descripció detallada i acurada dels fets esdevinguts			
Descripció de la lesió (zona del cos)			
Descripció dels danys materials (si hi ha)			

**TIPOLOGIA DE L'ACCIDENT**

Sense baixa	<input type="checkbox"/> Amb baixa	Malaltia professional	recaiguda
Data de la baixa mèdica (en cas de baixa laboral)			

**CONSEQÜÈNCIES I RESULTATS DE L'ACCIDENT PER A LA PERSONA**

Sense lesió	<input type="checkbox"/> Lleu	Greu		Molt greu	Mort
Classe de lesió					

Signatura del director/a del centre \_\_\_\_\_ (segell del centre)

Data de lliurament \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



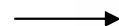
# CONTROL DE PLAGUES



- Detecta la presència o indicis de plaga a l'escola
- Envia la sol·licitud de visita per correu electrònic:  
[tpena.ceb@gencat.cat](mailto:tpena.ceb@gencat.cat)
- CEB cursa la petició i sol·licitud de tractament a l'empresa de plagues
- Rep la informació resultant de la inspecció
- Autoritza el tractament i informa a la direcció del centre de les dates i horaris\* de control

(Les sol·licituds han de presentar màxim detall de la incidència i ser individuals)

(\*Les dates de control es realitzen en horari escolar per poder garantir accessos.)



SOL·LICITUD DE VISITA O TRACTAMENT NO PROGRAMAT			
Plaga detectada:		Dia:	
<input type="checkbox"/> Rates/Ratolins	<input type="checkbox"/> Paneroles		
<input type="checkbox"/> Formigues	<input type="checkbox"/> Altres (especificar a detalls)		
Nom del centre:			
Adrec.	Carrer	Num.	Districte
	Horari del centre:		
Persona de contacte:			
Lloc de la plaga i detall de la incidència:			



# AVALUACIONS SEGURETAT CENTRES

## MODEL PLANIFICACIÓ DE L'ACTIVITAT PREVENTIVA

### PLANIFICACIÓ DE L'ACTIVITAT PREVENTIVA INSTITUT/ESCOLA \_\_\_\_\_

Riscos laborals detectats durant la visita realitzada al centre, amb mesures preventives i/o correctores proposades que ha de resoldre l'Institut

Tipologia risc	Factor de risc	Codi	Mesures proposades	Responsable	G.P.	Data de realització
Coordinació empresarial	No existeix coordinació entre les empreses contractant i contractada: empresa de neteja, poliesportiu on es realitza l'educació física, entre d'altres.	TP9090	Establir un sistema d'informació entre empreses, establint la obligació del compliment de la Llei 31/95 per ambdues parts: des del centre entregar l'informe de l'avaluació de riscos laborals que afecten a les tasques que desenvolupen aquestes empreses externes al centre i sol·licitar a cada empresa subcontractada la fixa de riscos del lloc de treball, certificat de formació, aptitud mèdica de cada treballador que entri al centre i el document d'entrega d'EPI'S (equips de protecció individual).	CENTRE	Mig	
Mesures preventives utilitzades	No hi ha farmaciola, o l'existent es troba amb material insuficient, concretament la farmaciola dels tallers d'art.	TP9050	Proveir de material necessari a les farmaciols del centre i revisar periòdicament.	CENTRE	Molt Alt	
Condicions Ambientals	Disconfort ambiental degut a la possible inhalació del fum del forn del taller de forja per una insuficient aspiració de l'aparell d'extracció.	TA911Y	Realitzar un estudi del desconfort ambiental dels diferents llocs de treball del centre i prendre les mesures adients segons els resultats. Realitzada la mesura higiènica, es verifica que els valors d'exposició estan dins dels límits acceptables, però es recomana realitzar el manteniment periòdic de la instal·lació del sistema de ventilació-extracció de fums de l'equip de treball.	CENTRE	Mig	
Condicions Ambientals	Disconfort lumínic (a despatxos, aules, ...): despatx de direcció, aula dibuix, aula lacat, aula teòrica-guarderia i taller de ferro.	TA908Y	Estudiar i corregir les deficiències de les diferents dependències del centre per tal d'arribar als nivells d'il·luminació mínims exigits en el RD 486/1997 de Llocs de treball. Redistribuir les taules de treball per situar-les sota de les lluminàries, o renovar periòdicament els fluorescents vells, o incrementar la lluminació posant de nous, o col·locar a les diferents taules de treball llum de sobretaula.	CENTRE	Mig	
Condicions Ambientals	Disconfort tèrmic per falta de ventilació a les aules.	TA903Y	Estudiar i corregir les deficiències: Obrir periòdicament les finestres de l'aula per assegurar la renovació de l'aire.	CENTRE	Mig	



*Els documents (formularis i fitxes) per a la gestió de les activitats preventives els trobareu a la web del Consorci d'Educació de Barcelona, dins la carpeta "Professorat i PAS".*

**Moltes gràcies!!**

**[rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat](mailto:rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat)**