

Octubre de 2022

# Informació per a les coordinadores i els coordinadors de prevenció de riscos laborals als centres i serveis educatius públics a Barcelona

Curs 2022/2023



# Prevençió de Riscos laborals (PRL)

<b>P</b> REVENCIÓ	EVITAR / DISMINUIR
<b>R</b> ISC	DANY
<b>L</b> ABORAL	TREBALL

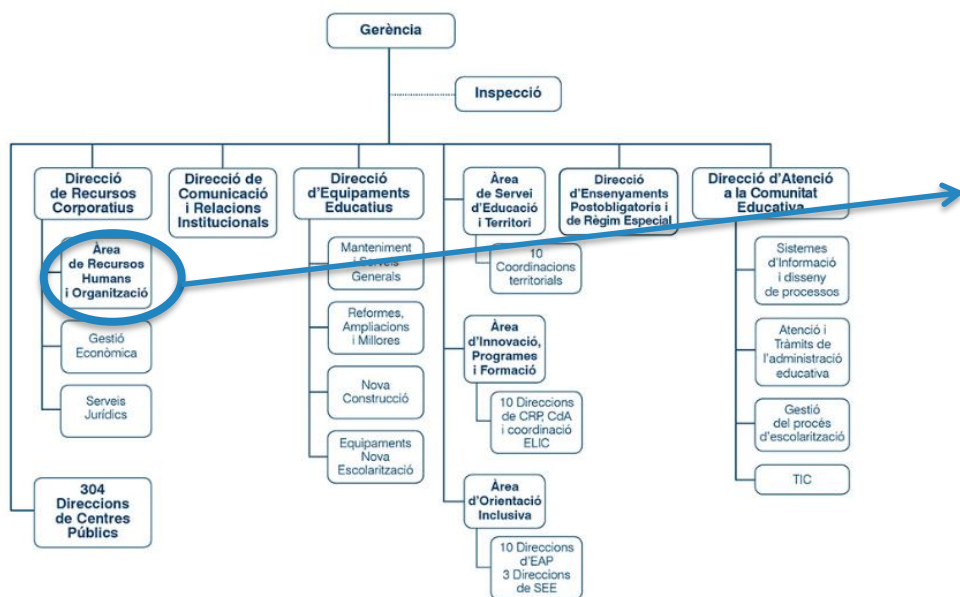
## **Aclariment!**

**l'alumnat no és competència de la Prevençió de Riscos Laborals**

# El Servei de Prevenció de Riscos Laborals del Consorci d'Educació

Ubicació dins de l'organigrama i dades de contacte

[www.edubcn.cat](http://www.edubcn.cat)



**SERVEI PREVENCIÓ RISCOS LABORALS**

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

**Telèfon: 634 289 915**

**Telèfon directe: 93 551 10 46**

# Localització dels documents de referència sobre Prevenció de Riscos Laborals

La documentació (formularis i fitxes) per a la gestió de les activitats preventives els trobareu a la web del Consorci d'Educació de Barcelona:

[www.edubcn.cat](http://www.edubcn.cat)

## Prevenció de riscos laborals

El Servei de Prevenció de Riscos Laborals del Consorci d'Educació de Barcelona desenvolupa les mesures per a dur a terme l'activitat preventiva en els centres i serveis educatius públics de la ciutat. Les condicions mínimes en matèria de seguretat i salut en el lloc de treball estan regulades per la Llei de Prevenció de riscos Laborals (31/95).

The screenshot shows the website's navigation menu with 'Professorat i PAS' circled in blue. Below the menu, the 'Previsió de riscos laborals' option in the left sidebar is also circled in blue. The main content area features a featured article titled 'Nomenaments telemàtics' with a background image of a man looking at a laptop. Below the article, there are two links: 'Borsa de treball de personal docent dels centres de titularitat municipal' and 'Borsa de treball de personal docent del Departament d'Educació'.

Àmbits d'actuació	Extensió
▪ Gestió de la Prevenció de riscos laborals	
▪ Avaluació de riscos laborals	
▪ Plans d'autoprotecció i simulacres, plans d'emergència i simulacres	6808 6810 6811 6689
▪ Gestió Accidents laborals	
▪ Pla de treball i memòria	
▪ Gestió de residus	
▪ Formació	
▪ Gestió de la coordinació d'activitats empresarials	
▪ Vigilància de la salut	
▪ Adaptació del lloc de treball (article 25)	

Telèfon centraleta: 93 551 10 00

Telèfon directe: 93 551 10 46

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

## Documents de referència

Documents per donar suport a la tasca de la gestió preventiva als equips directius i coordinadors de prevenció de riscos laborals dels centres.

- [Pla de treball acció preventiva](#), DOC 179 KB
- [Fitxa avaluació simulacre 2016-2017](#), DOC 166 KB
- [Gestió farmàcies laborals](#), PDF 26 KB
- [Notificació d'accident laboral](#), DOC

# La gestió de la PRL als centres educatius



## **DOCUMENTS DE PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS QUE EL CENTRE O EL SERVEI EDUCATIU HA DE TENIR:**

### **AVALUACIÓ DE RISCOS LABORALS + PLANIFICACIÓ ACTIVITAT PREVENTIVA**

Document que realitza el servei de prevenció del CEB

### **PLA D'EMERGÈNCIA**

Actualitzar-lo cada curs si és necessari (segons model unificat)

### **COORDINACIÓ D'ACTIVITATS EMPRESARIALS**

Amb aquelles empreses noves o amb les que encara no s'hagi realitzat el procediment

# Avaluació de Riscos Laborals i Planificació de l'Activitat Preventiva

( la realitza el servei de Prevenció de Riscos Laborals)

❖ Tots els centres i serveis educatius a la ciutat de Barcelona han de tenir l'avaluació de riscos laborals.

( Cerqueu el document i, si per qualsevol motiu no el trobeu, ens feu arribar un correu electrònic i ens el sol·liciteu )

S'ha d'informar de l'avaluació de riscos laborals a totes les treballadores i treballadors del centre educatiu. A la següent diapositiva trobareu un exemple ( en aquest cas d'una escola)

## ❖ IMPORTANT!!!!

Cal enviar el document emplenat **abans de la finalització del primer trimestre** i al finalitzar el curs

### INFORMACIÓ RELATIVA ALS RISCOS DEL SEU LLOC DE TREBALL ( segons l'article 18 de la Llei de PRL) ESCOLA \_\_\_\_\_

DNI	COGNOMS, NOM	LLOC TREBALL						SIGNATURA	DATA
		MESTRE D'EDUCACIÓ PRIMÀRIA	MESTRE D'EDUCACIÓ INFANTIL	MESTRE EDUCACIÓ FÍSICA	TÈCNIC D'EDUCACIÓ INFANTIL	ADMINISTRATIU	SUBALTERN		



# Pla d'Emergència i Simulacre



- Tots els centres han de tenir un model unificat
- Cal actualitzar **SEMPRE** el pla d'emergència a l'inici de curs i abans d'acabar el primer trimestre del curs
- El simulacre\* s'ha de realitzar **OBLIGATÒRIAMENT** al:  
**PRIMER TRIMESTRE**

## IMPORTANT!

Cal emplenar i enviar l'avaluació del simulacre abans de la finalització del primer trimestre (com a màxim el 21 de desembre de 2022) a [rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat](mailto:rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat)

\*Aquest curs el simulacre s'ha de realitzar de manera pràctica

# Pla d'emergència del centre educatiu



## Identificació del centre docent

Nom del centre			Codi	
Nivells educatius			Nombre d'edificis:	
Adreça			DP:	
Telèfon			e-mail:	
Nombre d'alumnes			Nombre total de persones:	
És un edifici alliat?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
L'ús de l'edifici és compartit?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Si és compartit, amb què es comparteix?	Comerços <input type="checkbox"/>	Habitatges <input type="checkbox"/>	Oficines <input type="checkbox"/>	
Altres				

## Característiques de cada edifici del centre

	Edifici 1	Edifici 2	Edifici 3
Nom que identifica l'edifici:			
Superfície construïda aprox. (en m <sup>2</sup> ): <sup>(1)</sup>			
Estructura <sup>(2)</sup>			
Metàl·lica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De formigó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'obra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de plantes (soterrani inclòs)			
Any de construcció de l'edifici			

(1) La superfície construïda no comprèn els patis ni altres zones descobertes.

(2) Si no sabeu quin tipus d'estructura té l'edifici demaneu assessorament a l'Ajuntament.



# AVALUACIÓ SIMULACRE

CURS 2022-2023

## FULL ADREÇAT AL/LA CAP D'EMERGÈNCIA (DIRECTOR/A) DEL CENTRE

Empleneu, si us plau, totes les dades següents:

Centre:	Codi:
Nom del /la Coordinador/a Prevenció:	Data:
Nom del /la Cap d'emergència:	

### ACCIONS DEL SIMULACRE

SUPÒSIT DE L'EMERGÈNCIA (ESCENARI):

	SI	NO
Evacuació		
Confinament		

	SI	NO	HORA
Activació alarma			
Recompte			

Desconnectar el gas		
Tancar portes		

	SI	NO
Telefonar als Bombers		

Temps transcorregut	minuts
---------------------	--------

### GRAU PARTICIPACIÓ I COL·LABORACIÓ

TREBALLADORS/RES I ALUMNAT DEL CENTRE	NO PROCEDEIX	POC	SUFI	MOLT
Grau col·laboració docents				
Grau col·laboració personal PAS				
Grau col·laboració alumnat				
Grau participació personal cuina i menjador				
Grau d'organització i participació				

AVALUACIÓ DEL SIMULACRE	FAVORABLE		REPETIR SIMULACRE	
-------------------------	-----------	--	-------------------	--

OBSERVACIONS:

Signat Cap d'emergència

Segell centre

# Coordinació Activitats Empresarials (CAE)

**Quan hem de fer-la?** Sempre que el centre o el servei educatiu contracti el servei

**Quan no hem de fer-la?** Quan contracti el CEB o l'AFA  
Si contracta l'AFA, ells fan tota la tramitació i us lliuren còpies dels annexos.

**Quins document s'han de tramitar?**

Si contractem una empresa Annex 1 / Annex 2 / Annex 3

Si contractem una autònoma Annex 1 / Annex 2 / Annex 4.

**On trobareu els documents?**

[https://www.edubcn.cat/ca/professorat\\_i\\_pas/prevencio\\_de\\_riscos\\_laborals/informacio\\_general\\_i\\_documents](https://www.edubcn.cat/ca/professorat_i_pas/prevencio_de_riscos_laborals/informacio_general_i_documents)

# ANNEX 1

**Annex 1. Justificant de recepció de documents de coordinació empresarial**

---

**Dades del centre de treball**

Nom del centre \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_

Codi postal \_\_\_\_\_ Municipi \_\_\_\_\_

---

**Dades de l'empresa, entitat o persona física aliena que fa l'activitat**

Nom \_\_\_\_\_

NIF/CIF \_\_\_\_\_

Adreça electrònica \_\_\_\_\_

---

**Justificació**

Per tal de donar compliment al que disposen, en matèria de coordinació d'activitats empresarials, la Llei 31/95 de novembre, i el Reial decret 171/2004, de desplegament de l'article 24 de la citada llei, s'estableix una relació de documents a lliurar amb avis de recepció entre el centre de treball i el /la representat de l'empresa, entitat o persona física aliena que fa l'activitat.

Data de la recepció de la documentació \_\_\_\_\_

Nom i cognoms de la persona que lliura la documentació  
(director o directora del centre de treball o responsable de la gestió de l'edifici dels serveis administratius detallat a data) \_\_\_\_\_

Nom i cognoms de la persona que rep la documentació  
(persona de l'empresa, entitat o persona física aliena que realitza l'activitat detallat a data) \_\_\_\_\_ Càrrec \_\_\_\_\_

Documentació a lliurar pel centre de treball (marqueu la documentació que es lliura)

Avaluació de riscos laborals del centre de treball (Adjuntar documentació).

Pla d'autoprotecció centre de treball i/o Instruccions que cal seguir en cas d'emergència (Annex 2)

Documentació a lliurar per l'empresa, entitat o persona física aliena que fa l'activitat (marqueu la documentació que es lliura)

Acreditació del compliment de la normativa vigent sobre coordinació d'activitats empresarials (Annex 3)  
(No és necessari per a aquelles activitats que es repeteixen de manera periòdica en el centre de treball i que no canvien respecte l'any anterior).

Avaluació dels riscos laborals dels llocs de treball derivats de l'activitat contractada (Adjuntar documentació).

---

Lloc i data \_\_\_\_\_

Signatura del director o directora del centre de treball  
o responsable de la gestió de l'edifici dels serveis administratius \_\_\_\_\_

Signatura del /de la representant de l'empresa aliena \_\_\_\_\_

---

Aquest document ha de quedar arxivat al centre de treball o serveis administratius amb la resta de documentació rebuda i una còpia s'ha d'entregar al Servei de Prevenció de Riscos Laborals del Consorci d'Educació de Barcelona.

Que heu d'emplenar vosaltres?

Que ha d'emplenar l'empresa o l'autònom?

Recordeu que ambdues parts heu de signar el document

# ANNEX 2

Que heu d'emplenar vosaltres?

Que ha d'emplenar l'empresa o l'autònom?

Recordeu aquest annex és completament del centre

Recordeu que heu de signar el document

## Annex 2. Instruccions que cal seguir en cas d'emergència en el centre de treball

### Dades del centre de treball

Nom del centre

Adreça

Codi postal Municipi

### Dades de l'empresa, entitat o persona física aliena que realitza l'activitat

Nom

NIF/CIF

Adreça electrònica

### Instruccions

En el supòsit de situacions d'emergència que requereixen l'evacuació o el confinament en les dependències del centre de treball, les actuacions que cal seguir, tant pel personal visitant com pel personal del centre de treball s'han d'organitzar en termes de seguretat, rapidesa i efectivitat.

### Actuacions d'evacuació i de confinament

Deixeu el vostre lloc de treball en condicions segures (atureu el funcionament i alimentació d'energia de les màquines i equips de treball que utilitzeu).

Seguiu les instruccions que us donin els responsables de l'evacuació i/o el confinament del centre de treball i mantingueu la calma en tot moment.

En qualsevol cas:

- Seguiu els recorreguts i les sortides d'evacuació i/o confinament assignats a la zona on us trobeu o realitzeu les vostres tasques.  
Vegeu plànols ubicats a: \_\_\_\_\_
- Dirgiu-vos al punt de reunió o a l'espai de confinament.  
Ubicació del punt de reunió a: \_\_\_\_\_  
Ubicació del punt de confinament a: \_\_\_\_\_
- En cas d'horari nocturn o festiu, si s'escou, ho comunicareu a: \_\_\_\_\_
- Si sou la primera persona a detectar l'emergència, aviseu immediatament a la persona del centre de treball que tingueu més a prop.
- Altres observacions:

### Annex 3. Acreditació del compliment de la normativa vigent sobre coordinació d'activitats empresarials

#### Dades del centre de treball

Nom del centre

Adreça

Codi postal      Municipi

#### Dades del/de la declarant

Nom de l'empresa, entitat o persona física aliena que realitza l'activitat      NIF/CIF

Nom i cognoms de la persona que representa l'empresa, entitat o persona física aliena que realitza l'activitat

Adreça electrònica

#### Declaració

Declaro que:

**SÍ**   **NO**   **NP\***

- Ha impartit la informació i la formació en matèria preventiva als treballadors que han de prestar serveis en el centre de treball.
- Ha lliurat als treballadors els equips de protecció individual (EPI) necessaris per dur a terme les tasques encomanades en el centre de treball.
- Els equips de treball que els treballadors de l'empresa o entitat han d'utilitzar per desenvolupar la seva tasca en el centre de treball compleixen els requisits establerts per la normativa vigent.
- Disposa de contracte vigent amb mútua d'accidents de treball i malalties professionals.  
Nom de la mútua: \_\_\_\_\_
- Està al corrent i disposa dels TC-1 i TC-2 dels treballadors que realitzaran l'activitat en el centre de treball.
- Està al corrent del pagament de la Seguretat Social.
- Disposa de l'avaluació de riscos laborals feta i actualitzada.
- S'ha passat, als treballadors, la informació rebuda del Pla d'emergència i d'avaluació de riscos laborals del centre de treball. Data de quan s'ha passat la informació: \_\_\_\_\_

\*No és pertinent

Lloc i data

Signatura del o de la representant de l'empresa, entitat o persona física aliena

# ANNEX 3

*Recordeu aquest annex només per a empreses*

Que heu d'emplenar vosaltres?

Que ha d'emplenar l'empresa?

Recordeu que aquest document només el signa l'empresa que heu contractat

# ANNEX 4

*Recordeu aquest annex només per a autònomes*

## Annex 4. Informació dels riscos específics i de la planificació de l'activitat

### Dades de l'empresa, entitat o persona física aliena que fa l'activitat

Nom de la empresa, entitat o persona física		NIF o CIF	
Adreça	Codi postal	Municipi	
Telèfon	Adreça electrònica		
Nom de la persona de contacte		Càrrec	
Nombre de treballadors/res que desenvolupen l'activitat contractada			
<input type="checkbox"/> S'adjunta llistat amb nom i cognoms dels treballadors/res			

### Dades del centre de treball

Nom del centre educatiu	Adreça	Codi postal	Municipi
-------------------------	--------	-------------	----------

### Riscos generals i específics

Segons el que estableix l'article 24 de la Llei 31/1985, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals, detalleu els riscos generals i específics derivats de l'activitat que la nostra empresa, entitat o persona física aliena desenvoluparà en el centre de treball.

#### A. Dades de l'activitat

Tasques/feines	Ubicació dins del centre de treball	Data d'inici de l'activitat	Data de finalització de l'activitat	Equips de treball utilitzats

Tasques/feines	Ubicació dins del centre de treball	Data d'inici de l'activitat	Data de finalització de l'activitat	Equips de treball utilitzats

#### B. Riscos generats pels treballadors de l'empresa, entitat o persona física aliena arreu de la seva activitat

Riscos generats pels treballadors/res	Mesures preventives que cal aplicar	Afecta als treballadors/res del centre educatiu?		
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX

#### C. Relació de productes químics que s'utilitzen en els treballs previstos

Riscos generats pels treballadors/res	Mesures preventives que cal aplicar	Afecta als treballadors/res del centre educatiu?		
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX

#### D. Relació de maquinària que s'utilitza en els treballs previstos

Riscos generats pels treballadors/res	Mesures preventives que cal aplicar	Afecta als treballadors/res del centre educatiu?		
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDEIX

Lloc i data

Signatura del o de la representant de l'empresa aliena

Que heu d'emplenar vosaltres?

Que ha d'emplenar l'autònoma?

Recordeu que aquest document només el signa l'autònoma que heu contractat



## DOCUMENTS QUE S'HAN DE LLIURAR AL SERVEI DE PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS:

### **PLA DE TREBALL**

Document a entregar abans del 21 de desembre de 2022

### **MEMORIA DE TREBALL**

Document a entregar abans del 15 de juliol de 2023

### **AVALUACIÓ DEL SIMULACRE**

Document a entregar abans del 21 de desembre de 2022

### **NOTIFICACIÓ ACCIDENT LABORAL**

Document a entregar en cas d'accident laboral

# Accidents laborals

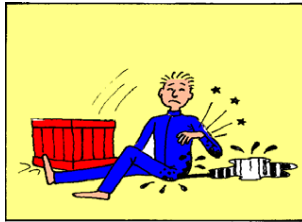
## Tipologia d'accidents



Centre treball

In itinere

In mission



**MUTUA EGARSAT**  
(personal municipal)

**MUTUA ASEPEYO**  
(La resta de personal del centre o servei educatiu)

**MUFACE**  
Seguretat social  
o  
Mutua personal  
(DKV, Adeslas, etc.)  
(Funcionaris Docents)

No es necessita volant d'assistència

**VISITA MÈDICA +**  
Després de la visita mèdica tindrem un DOCUMENT justificatiu DE LA MUTUA, Seguretat social o mútua personal

RECOMANABLE ELABORAR UN LLISTAT DE TREBALLADORS/ES PER SABER EN QUIN CAS ES TROBA CADA UN

**+ NOTIFICACIÓ ACCIDENT LABORAL**  
( emplenar per part de la direcció del centre)

Enviar aquests dos documents per Mail al Servei de Prevenció de Riscos Laborals com a màxim en 48h (contant des de la visita mèdica)

## VOLANT DE SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA PER ACCIDENT DE TREBALL

T. 902 333 276

Sol·licitem que prestin assistència sanitària al treballador/a d'aquesta empresa de la qual s'indiquen les dades:

Dades d'empresa i treballador/a

Empresa _____	NIF _____
Codi Compte Cotització (CCC) _____	Telèfon _____
Domicili _____	Població _____
Treballador/a _____	
D.N.I. _____	Núm. afiliació S.S. _____
Domicili _____	Població _____
Horari laboral _____	Lloc de treball _____

Informació de l'accident

Data de l'accident \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  Accident de trànsit

Descripció detallada de com i on s'ha produït l'accident:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IMPORTANT (marqui la casella corresponent):**

L'accident s'ha pogut observar directament per part del responsable de l'empresa o un altre company

El treballador refereix haver sofert un succés que no ha pogut ser constatat per l'empresa

Indiqui el nom dels testimonis i DNI, si n'hi haguessin:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data, signatura i segell de l'empresa

Dades del responsable de l'empresa que complimenta el volant d'assistència:

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

En qualitat de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura i segell de l'empresa

Notes:

1. El treballador/a que ha sofert l'accident ha de signar i presentar aquest volant d'assistència a l'empresa.

Empresa 

 Núm. CCC (codi de compte de cotització)  / 
**Us demanem que doneu assistència al treballador/a d'aquesta empresa**

 Nom i cognoms 

 Núm. afiliació SS  /  /  Núm. DNI 

 que ha tingut un accident, a les  hores del dia ,

 a 

de la forma següent

 Horari laboral del dia de l'incident 

D'acord amb les disposicions legals vigents, en cas d'accident de treball formalitzarem:

- Si causa baixa, el comunicat d'accident dins dels cinc dies següents a la data de baixa.
- Si no causa baixa, s'inclourà en la relació de casos sense baixa del mes següent al de l'assistència.

a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de/d'

(Firma i segell de l'empresa)

De conformitat amb el que estableix la legislació vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, Asepeyo, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social número 151, amb NIF G-08215824 i domicili a la Via Augusta núm. 36, 08006 Barcelona, t'informa que les dades facilitades seran tractades per Asepeyo sobre la base legal de l'interès públic, en el compliment de les funcions que li són pròpies, com a Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social i, en concret, sobre la gestió que es deriva de l'assistència prestatada.

Les teves dades es conservaran durant el termini mínim de conservació que estableix la legislació vigent i, en tot cas, fins a la conclusió de l'últim termini de prescripció d'accions penals i civils, així com de sancions administratives, que resultés aplicable, sense perjudici del seu degut bloqueig.

Adicionalment, t'informem que, en el supòsit que sigui necessari per a la gestió de la teva sol·licitud, podran tenir accés a les teves dades tercers que presten serveis a Asepeyo, com poden ser proveïdors informàtics i proveïdors de custòdia i destrucció de documentació. Les teves dades únicament seran tractades per aquests proveïdors per a la prestació del servei contractat.

Pots exercir els teus drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i/o portabilitat, així com efectuar qualsevol consulta o suggeriment en relació amb el tractament de les teves dades de caràcter personal, dirigint-te al delegat de protecció de dades (DPD) d'Asepeyo, a través del Servei d'Atenció a l'Usuari (SAU), per algun dels següents mitjans, aportant una còpia del teu DNI o document identificatiu equivalent:

- (i) Correu electrònic a l'adreça asepeyo@asepeyo.cat.
- (ii) Correu postal dirigit a Asepeyo (amb adreça a la Via Augusta, núm. 36, 08006 Barcelona) i/o adreçant-te a un dels nostres centres assistencials.

Tens dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD), autoritat competent en matèria de protecció de dades, per mitjà electrònic o per escrit dirigit a la seva seu.

Asepeyo, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social n° 151

**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"/> EGARSAT <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**

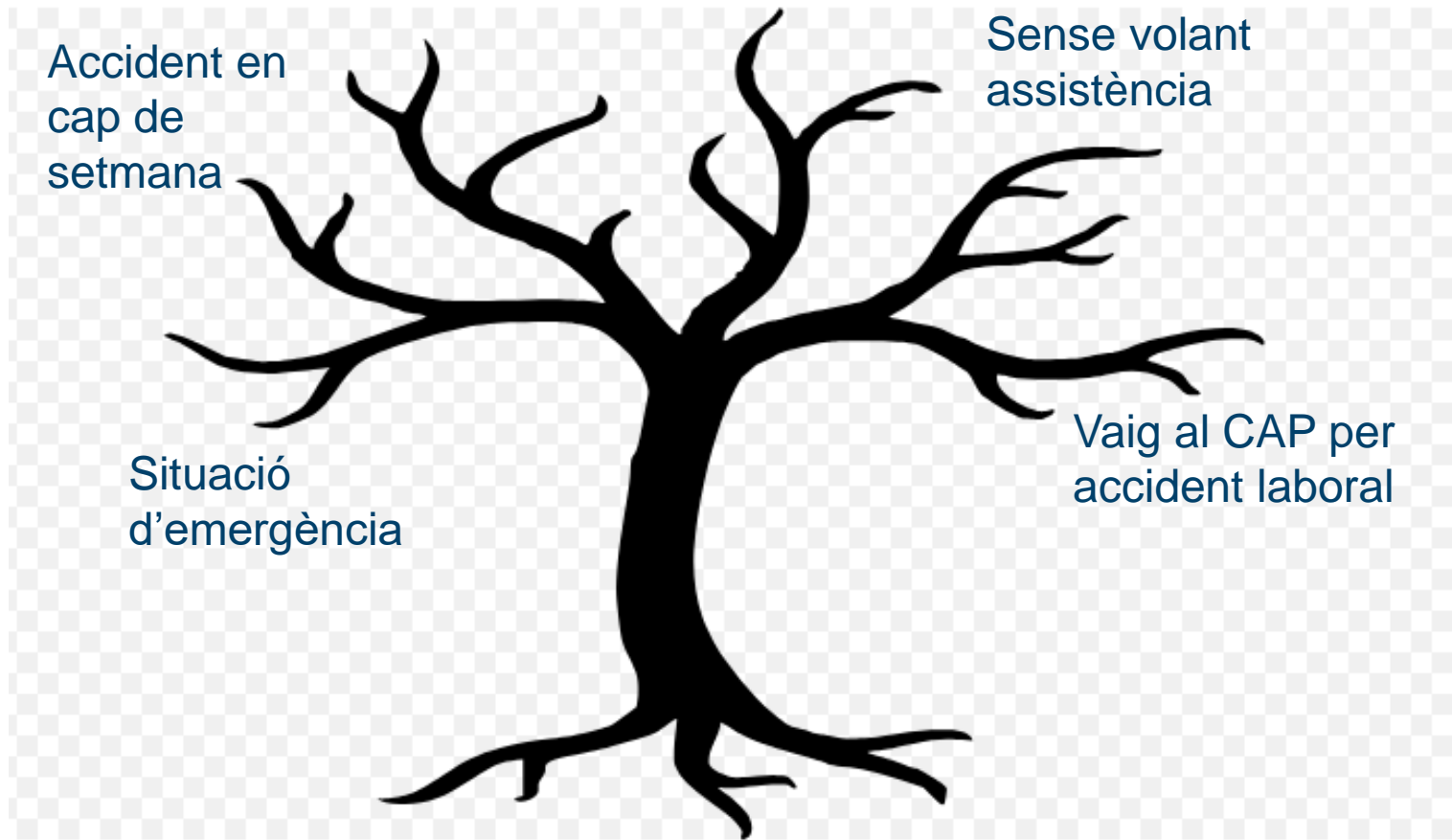
Sense baixa		Amb baixa		Malaltia professional		recaiguda	
Data de la baixa mèdica	(en cas de baixa laboral)						

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

Sense lesió		Lleu		Greu		Molt greu		Mort	
Classe de lesió									

Signatura del director/a del centre

(segell del centre)



# Vigilància de la salut:

## Exàmens de salut:

Trets característics:

- Periòdics
- Voluntaris
- Confidencials
- Específics



- S'ofereixen per part del Departament d'Educació.
- Per al personal municipal, s'ofereix per part del Consorci d'Educació.
- En el moment que s'ofereixin al centre on treballeu, us informariem per correu electrònic a la direcció del centre o servei educatiu

# Adaptació del lloc de treball:



Article 25: Protecció de treballadors especialment sensibles

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

S'ha de garantir de manera específica la protecció de les treballadores i treballadors que, per les seves característiques personals o el seu estat biològic conegut, incloses aquelles que tinguin reconeguda la situació de discapacitat física, psíquica o sensorial, siguin especialment sensibles als riscos derivats del treball.

El treballador o treballadora s'ha de posar en contacte amb el servei de prevenció de riscos laborals de manera individual perquè un metge o metgessa del treball valorin si necessita o no una adaptació del seu lloc de treball



# Adaptació del lloc de treball:



Article 26: Específic per a la protecció de la maternitat i lactància

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

RECORDEU



SI ESTÀS  
EMBARASSADA  
POSA'T EN  
CONTACTE AMB  
VIGILÀNCIA DE LA  
SALUT



ES RECOMANA A LES  
TREBALLADORES  
QUE PREVEGIN  
ESTAR  
EMBARASSADES,  
FACIN UNA VISITA AL  
METGE PER A LA  
REVISIÓ DEL  
SISTEMA  
INMUNOLÒGIC DE  
LES MALALTIES  
SEGUENTS

- Rubèola
- Xarampió
- Parotiditis (galteres)
- Varicel·la
- Parvovirus B19 (virus de la bufetada)
- Citomegalovirus (mononucleosis)

# Pla de treball i memòria

## ❖ IMPORTANT!!!!

En el cas del pla de treball cal enviar el document emplenat abans de la finalització del primer trimestre

### 1) PLA D'AUTOPROTECCIÓ

#### 1.1 Revisió/actualització Pla d'emergència

	SI	NO	Data prevista	OBSERVACIONS
ACTUALITZACIÓ del Pla d'emergència				
Actualització dels plànols d'evacuació				
Realització del simulacre al primer trimestre				
Revisió de la senyalització d'emergència				

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

Supervisió visual periòdica per part del centre educatiu (comprovar la data de revisió i la pressió de l'extintor i la BIE, i el correcte funcionament de l'enllumenat d'emergència i alarma)

Instal·lacions	Data prevista			OBSERVACIONS
	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>on</sup> trimestre	3 <sup>er</sup> trimestre	
Sistema d'Alarma				
Mitjans d'extinció (extintors/BIE's)				
Enllumenat d'emergència				

**SENYALITZACIÓ: Full de sol·licitud**

**CENTRE:**

**ADREÇA:**

**DATA:**

**COORDINADOR DE PRL:**

REF.	DIMENSIONS	QUANTITAT
501	210x297 mm	
509	210x297 mm	
521	210x297 mm	
532	210x297 mm	
700	297x105 mm	
	297x148 mm	
715	297x148 mm	
711	297x105 mm	
	297x148 mm	
710	297x105 mm	
	297x148 mm	
709	297x105 mm	
	297x148 mm	
451	210x297 mm	
452	210x297 mm	
453	210x297 mm	
454	210x297 mm	
901	210x297 mm	
ETIQ ADHESIVES PERILL ELÈCTRIC	55 mm	
	105 mm	
995	210x297 mm	

Enviar un correu electrònic a:  
[rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat](mailto:rhriscoslaborals.ceb@gencat.cat)




**2) SEGURETAT EN EL TREBALL (per als treballadors/res del centre)**

Situacions de possible risc observades al centre educatiu que afecti al treballador/a del centre	Actuacions previstes

## 2.1 Revisió escales manuals

Supervisió visual periòdica per part del centre educatiu de totes les escales de mà existents (comprovar els següents aspectes):

Revisió de les escales manuals	Data prevista		OBSERVACIONS
	1r trimestre	3r trimestre	

Nombre d'escales manuals*	Tipus d'escales manuals		
	De tisora 	Extensible 	simple d'un tram 

\*Per cada escala manual existent al centre educatiu emplenar una taula

Escala manual n.: _____	1r trimestre (revisar abans de lliurar el pla de treball)				3r trimestre (revisar al tercer trimestre)			
	En bon estat	Plena de pintura, oxidada, corroïda	Esquerdats, gastats, trencats, solts, No hi son	Etiqueta il·legible, no hi es	En bon estat	Plena de pintura, oxidada, corroïda	Esquerdats, gastats, trencats, solts, No hi son	Etiqueta il·legible, no hi es
Estat general								
Tacs de goma antilliscant de les potes								
Esglaons								
Dispositiu de seguretat (anti-tancament)								
Límit superior o plataforma								
Etiqueta								



▲ **2.2 Informació facilitada per el centre o servei educatiu als seus treballadors/es**

S'ha d'informar a tot el personal (docent i PAS) i deixar constància per escrit fent us de claustres, reunions de departament i/o altres:



	Data prevista	OBSERVACIONS
Pla d'emergència actualitzat		
Avaluació de riscos laborals i planificació de l'activitat preventiva del centre educatiu		

### 3) COORDINACIÓ ACTIVITAT EMPRESARIAL

MARCA AMB UNA CREU "X" QUINA ES LA VOSTRA SITUACIÓ I EMPLENEU LA INFORMACIÓ REQUERIDA

<b>SI</b> (es realitzarà aquest curs 22-23)		<b>Data prevista</b>	<b>Activitat</b>	<b>Nom de l'empresa contractada</b>

<b>NO *</b> (realitzada anteriorment)		<b>Curs realitzat</b>	<b>Activitat</b>	<b>Nom de l'empresa amb qui es va realitzar</b>

<b>NO PROCEDEIX</b> (No tenim cap empresa contractada)		<b>Observacions</b>

## 4) VIGILÀNCIA DE LA SALUT

### 4.1 Previsió d'accions a realitzar durant el curs al centre/servei educatiu

S'ha d'informar a tot el personal (docent i PAS) i deixar constància per escrit a través de claustres, reunions de departament i/o altres:

	Data prevista	OBSERVACIONS
Procediment de notificació d'accidents laborals		
Procediment d'adaptació del lloc de treball (article 25)		

### 4.2 Sol·licitud de reposició farmacioles dels treballadors/es

Mutua sol·licitant	Asepeyo		Data prevista (1 <sup>er</sup> trimestre)	
	Egarsat			
No ens cal reposició de les farmacioles				



**El personal dels centres municipals, del CEB i personal municipal** han de sol·licitar la reposició del contingut de les farmacioles a:

**EGARSAT**

La persona de contacte és Laura Alfaro

E-mail: [botiquines@egarsat.es](mailto:botiquines@egarsat.es)

Telèfon: 93 582 96 44

En realitzar la comanda, cal fer constar:

**Nom del centre**

**Adreça**

**Persona de contacte al centre**

**Telèfon**

**Horari d'entrega**

**Material**

Sobretot és important que tots els centres que realitzin petició de farmacioles o continguts de farmacioles, especifiquin en el moment de la sol·licitud que són centres que pertanyen o es troben adherits al Consorci d'Educació de Barcelona.

Per a qualsevol dubte estem a la vostra disposició,

**Servei de Prevenció de Riscos Laborals**

Consorci d'Educació de Barcelona

Tel : 93 551 10 46

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

## FARMACIOLES

Segons RD 486/1997, de 14 d'abril, on s'estableixen les disposicions mínimes de seguretat i salut en els llocs de treball. (en l'annex VI: Material i locals de primers auxilis, hi ha el llistat del contingut de la farmaciola)

Els treballadors i treballadores dels centres educatius que pertanyen al **Departament d'Educació** han de fer la sol·licitud del material de les farmacioles a:

### **ASEPEYO**

Han d'emplenar el formulari de sol·licitud que esta penjat a la pàgina web del CEB:

[https://www.edubcn.cat/ca/professorat\\_i\\_pas/prevencio\\_de\\_riscos\\_laborals/informacio\\_general\\_i\\_documents](https://www.edubcn.cat/ca/professorat_i_pas/prevencio_de_riscos_laborals/informacio_general_i_documents)

i enviar-ho al següent correu electrònic:

**barcelona-viaaugusta@asepeyo.es**

Sobretot és important que tots els centres que realitzin petició de farmacioles o continguts de farmacioles, que emplenin totes les dades incloses en el formulari.

### Sol·licitant

Empresa   
 CIF  CCC  Data   
 Adreça   
 Població  CP   
 Província   
 Telèfon  Fax   
 E-mail   
 Persona de contacte   
 Càrrec

### Entrega

L'adreça d'entrega és la ressenyada en l'apartat Sol·licitant

Adreça d'entrega   
 Població  CP   
 Província   
 Persona receptora   
 Tel. d'entrega

Altres observacions (per exemple horaris, dies..., el més complet possible)

### Seleccioneu 1 dels 3 productes

1) Farmaciola completa (armari+contingut)

	Tipus armari	maleta	quantitat
<input type="checkbox"/> Farmaciola n°1 Empresa d'1 a 5 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farmaciola n°2 Empresa de 6 a 10 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farmaciola n°3 Empresa d'11 a 25 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farmaciola n°4 Empresa de més de 25 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Reposició completa (només contingut)

	Tipus armari	maleta	quantitat
<input type="checkbox"/> Reposició n°1 Empresa d'1 a 5 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reposició n°2 Empresa de 6 a 10 treballadors/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reposició n°3 Empresa d'11 a 25 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reposició n°4 Empresa de més de 25 treballadors/ores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Reposició parcial (ompleneu el full adjunt)

### NOTA

Tant per demanar una farmaciola com per proveir la que teniu (reposició), feu-nos la sol·licitud a través d'aquest formulari i envieu-lo per correu, fax, e-mail o presenteu-lo en mà al vostre centre assistencial referent. Per missatgeria, us lliurarem els productes a l'adreça d'entrega a data assenyalada.

Asepeyo, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 151

### Annex reposició parcial

En aquesta taula us detalem els continguts complets de cada tipus de farmaciola. Si la reposició que ens demaneu és parcial, consigneu les quantitats de cada producte a la columna de la dreta (Comanda).

### Contingut farmaciola

Codi	Descripció	Farmaciola n°1 Empresa d'1 a 5 treballadors/ores	Farmaciola n°2 Empresa de 6 a 10 treballadors/ores	Farmaciola n°3 Empresa d'11 a 25 treballadors/ores	Farmaciola n°4 Empresa de més de 25 treballadors/ores	Comanda
100403	Aigua oxigenada 250 cc	1	1	1	---	<input type="text"/>
100404	Aigua oxigenada 500 ml	---	---	---	1	<input type="text"/>
119869	Alcohol 96 250 ml	1	1	1	---	<input type="text"/>
119080	Alcohol 96 500 ml	---	---	---	1	<input type="text"/>
100100	Cotó 100 g	---	---	1	1	<input type="text"/>
123394	Cotó en rotlle 25 g	1	---	---	---	<input type="text"/>
123395	Cotó en rotlle de 50 g	---	1	---	---	<input type="text"/>
403031	Compresa estèril 20x20 1 sobre 5 u.	3	4	6	10	<input type="text"/>
102264	Esparadrap 5 x 1,5 hipoal·lèrgic	---	---	1	1	<input type="text"/>
121404	Esparadrap detectable st 5 x 2,5	---	---	---	---	<input type="text"/>
102265	Esparadrap paper 5x2,5 hipoal·lèrgic	1	1	1	1	<input type="text"/>
123396	Guant làtex Asepeyo 2 unitats	2	2	3	5	<input type="text"/>
129746	Guant nitril l 100 u	---	---	---	---	<input type="text"/>
129745	Guant nitril m 100 u	---	---	---	---	<input type="text"/>
129744	Guant nitril s 100 u	---	---	---	---	<input type="text"/>
129747	Guant nitril xl 100 u	---	---	---	---	<input type="text"/>
123397	Pinça dissecció s/d 11 cm	1	1	1	1	<input type="text"/>
123398	Povidona 50 ml	1	1	---	---	<input type="text"/>
123071	Povidona iodada 125 ml	---	---	1	1	<input type="text"/>
122768	Sèrum fisiològic 5 ml	6	18	18	20	<input type="text"/>
123399	Tisora dissecció s/d 11cm	1	1	1	1	<input type="text"/>
123414	Tira detectable blue st assortides 100 u	---	---	---	---	<input type="text"/>
100509	Tiretes de plàstic 1 x 6	---	---	---	---	<input type="text"/>
102034	Tiretes de plàstic 10 unitats	1	1	---	---	<input type="text"/>
102450	Tiretes de plàstic 20 unitats	---	---	1	2	<input type="text"/>
100508	Tiretes de roba 1 x 6	1	1	1	1	<input type="text"/>
100039	Bena crepe 4 x 5	1	1	---	1	<input type="text"/>
110036	Bena crepe 4 x 7	---	---	1	1	<input type="text"/>
123400	Bena gasa 5 x 10 (unitat)	1	1	2	2	<input type="text"/>
121948	Bena gasa 5 x 5 (unitat)	2	2	3	2	<input type="text"/>
121949	Bena gasa 5 x 7 (unitat)	2	2	2	3	<input type="text"/>

### Firma sol·licitant

### 5) Formació en PRL

<b>Formació en matèria de PRL d'interès per la seva realització pel curs 22-23</b>	
<b>Formació</b>	<b>SI/NO</b>
Reunió coordinadors/res de prevenció	
Curs bàsic en PRL (adreçat al/la coordinador/a de prevenció)	

# Formació en matèria de PRL



- **Formació que s'ofereixen des del Servei de Prevenció:**

- **Formació de primers auxilis (personal PAS i docents)**
- **Formació d'educació de la veu (només per a docents)**
- **Formació de prevenció dels trastorns múscul-esquelètic (només per a docents d'infantil, educació especial, TEEI i Llar d'infants)**
- **Etc.**

- **Si esteu interessades en alguna de les formacions relacionades amb la prevenció de riscos laborals, envieu-nos un correu electrònic i ens expliqueu els motius de voler realitzar aquesta formació i en quines dates.**

## DOCUMENTS QUE EL CENTRE O SERVEI EDUCATIU HA D'ENVIAR AL SERVEI DE PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS

( )

### **Primer trimestre (màxim el 21 de desembre de 2022):**

- Pla de treball
- Avaluació del simulacre d'emergència
- Comprovant d'informació de l'avaluació de riscos laborals per part dels treballadors/es

### **Tercer trimestre (màxim el 15 de juliol de 2023):**

- Memòria de treball

### **En el cas de centres de nova creació o centres que no tinguin el document emplenat :**

- Pla d'emergència (màxim el 21 de desembre del 2022)

### **En el cas de centres que no ens hagin lliurat la documentació o hagin fet algun canvi d'empresa:**

- Coordinació d'activitats empresarials (Annex 1 i 3)

### **En cas d'accident laboral:**

- Notificació d'accident laboral + documentació mèdica (48h des de l'atenció mèdica)

**Tota la documentació** que hagueu de lliurar al Servei de Prevenció s'haurà de trametre **a través del correu electrònic.**

Recordeu que si sou nous en el càrrec i ho necessiteu, podem venir al centre a assessorar-vos de manera més específica .

**Moltes gràcies!!**

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

