



## Programa de Solidaridad UTIER

### Capítulo Municipio de Ciales

#### **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS A LA SALUD Y SEGURIDAD**

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Sección o Departamento

Conforme a la Constitución del Estado Libre Asociado en su Artículo II sección 16 y la reglamentación 1910 de OSHA, notifico la presencia de condiciones que constituyen un factor de riesgo para la salud y seguridad de los empleados en mi área de trabajo. Solicito que se tomen las medidas adecuadas para corregir las situaciones de riesgo aquí informadas sin penalidad hacia los trabajadores y trabajadoras.

Número de empleados afectados: \_\_\_\_\_

Notificación: ☐ Primera ☐ Segunda Tercera

Descripción y lugar de las condiciones de riesgo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de peligro inminente describa las medidas que tomó, si alguna:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sugerencias para corregir el riesgo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado que reporta

\_\_\_\_\_  
Recibido por