

DECLARACIÓ D'EMPRESA DEL COMPLIMENT DE REQUERIMENTS DE PREVENCIÓ DE RISCOS CONSEQÜÈNCIA DE LA SITUACIÓ D'ALARMA SANITÀRIA OCASIONADA PER LA COVID-19 EN RELACIÓ ALS CONVENIS DE COOPERACIÓ EDUCATIVA

Nom de la Institució/Organisme/Empresa

D. _____, amb DNI _____ com a representant legal de Institució/Organisme/Empresa, acredita mitjançant aquest document que compleix els requeriments legals especificats al Reial Decret 592/2014, d'11 de juliol, que regula les pràctiques acadèmiques externes dels estudiants universitaris i en concret el previst en els articles 9.1f), 9.2.c) i 9.2.d).

En aquest sentit **CERTIFICO** :

Que els estudiants relacionats en l'annex han estat autoritzats per a realitzar les tasques formatives en modalitat presencial a les instal·lacions de l'empresa.

Que la institució que represento compleix els requisits exigits per la normativa de prevenció de riscos laborals i que ha adoptat les mesures oportunes per fer front als riscos derivats de l'alerta sanitària per la COVID-19 inclosos els dels estudiants en pràctiques.

Que informarà i formarà als estudiants relacionats en l'annex que realitzen pràctiques a les seves instal·lacions, amb caràcter previ a la reincorporació, sobre els riscos inherents a la seva activitat i sobre les mesures de protecció a adoptar, i específicament aquelles recomanacions de les autoritats sanitàries relacionades amb la COVID-19.

Que facilitarà als estudiants el material de protecció adient a la tasca a realitzar, així com el necessari per afrontar els riscos derivats de la situació d'alerta sanitària ocasionada per la COVID-19.

Que en cap cas podran incorporar-se a la formació presencial els estudiants que:

- i. presentin simptomatologia compatible amb la COVID-19
- ii. conviuen o han estat en contacte els darrers 14 dies amb persones que presentin símptomes, fins que finalitzi el termini de seguretat recomanat per les autoritats sanitàries.

- iii. pertanyin a algun dels col·lectius vulnerables a la COVID-19 establerts pel Ministeri de Sanitat (principalment, les persones de més de 60 anys, les persones amb malalties cardiovasculars, inclosa la hipertensió, malalties pulmonars cròniques, diabetis, insuficiència renal crònica, immunodeficiències, càncer amb tractament actiu, malaltia hepàtica severa, obesitat mòrbida (IMC>40) i les dones embarassades)

Que està en disposició d'acreditar documentalment tota la informació facilitada en aquesta declaració a la Universitat Politècnica de Catalunya i que es compromet a actualitzar-la en cas de variacions.

I per que així consti, signo el present certificat a _____ en data _____

Signatura electrònica

Annex

LLISTAT D'ESTUDIANTS QUE REALITZEN PRÀCTIQUES A L'EMPRESA/INSTITUCIÓ

NOM	COGNOMS	DNI	REFERÈNCIA CONVENI DE COOPERACIÓ EDUCTIVA

Tota la informació tractada a la gestió de la coordinació preventiva es tractarà sempre respectant la legislació de protecció de dades personal.