



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO EN MELILLA  
ÁREA FUNCIONAL DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

**ANEXO PARTE B.**

**MODELO DE COMUNICACIÓN DE APERTURA DE CENTRO DE TRABAJO O REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD**

| <b>B1   EN EL CASO DE TRATARSE DE UNA OBRA DE CONSTRUCCIÓN</b>   |                      |   |
|--|----------------------|---|
| NÚMERO DE INSCRIPCIÓN REGISTRO DE EMPRESAS ACREDITADAS   |                      | NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PRIMERA COMUNICACIÓN         |
| ACOMPAÑA PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO APROBADO  |                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ACOMPAÑA EVALUACIÓN DE RIESGOS   |                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE OBRA   | DIRECCIÓN DE LA OBRA |   |
| FECHA DE COMIENZO DE LA OBRA   |                      |   |
| DURACIÓN PREVISTA DE LOS TRABAJOS EN LA OBRA   |                      |   |
| DURACIÓN PREVISTA DE LOS TRABAJOS EN LA OBRA DEL CONTRATISTA   |                      |   |
| NÚMERO MÁXIMO ESTIMADO DE TRABAJADORES EN TODA LA OBRA   |                      |   |
| NÚMERO PREVISTO DE SUBCONTRATISTAS Y TRABAJADORES AUTÓNOMOS EN LA OBRA DEPENDIENTES DEL CONTRATISTA  |                      |   |
| REALIZA TRABAJOS O ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL ANEXO II DEL REAL DECRETO 1627/1997, DE 24 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES MÍNIMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN |                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR TRABAJOS O ACTIVIDADES:  |                      |   |
| <b>PROMOTOR</b>  |                      |   |
| NOMBRE / RAZÓN SOCIAL  |                      | NÚM.DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL                  |
| DOMICILIO  | LOCALIDAD            | CÓDIGO POSTAL   |
| <b>PROYECTISTA/S</b>   |                      |   |
| NOMBRE Y APELLIDOS   |                      | NÚM. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL                 |
| DOMICILIO  | LOCALIDAD            | CÓDIGO POSTAL   |
| <b>COORDINADOR/ES DE SEGURIDAD Y SALUD EN FASE DE ELABORACIÓN DE PROYECTO</b>  |                      |   |
| NOMBRE Y APELLIDOS   |                      | NÚM. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL                 |
| DOMICILIO  | LOCALIDAD            | CÓDIGO POSTAL   |
| <b>COORDINADOR /ES DE SEGURIDAD Y SALUD EN FASE DE EJECUCIÓN DE LA OBRA</b>  |                      |   |
| NOMBRE Y APELLIDOS   |                      | NÚM. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL                 |
| DOMICILIO  | LOCALIDAD            | CÓDIGO POSTAL   |

| <b>B2   FECHA Y FIRMA</b>   |   |
|---|---|
| Y para que así conste a los efectos oportunos, formulo la presente en | a                      de                      de |
|   | <b>EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL</b>    |
|   | Fdo.:   |