	BUENAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS	Ref. BPP-16
		Revisión: 0
		Fecha: junio 2018
		ANEXOS Página 1 de 2
TRABAJO EXPERIMENTAL EN SOLITARIO O EN HORARIO NO HABITUAL		

ANEXO 1: AUTORIZACIÓN DE ACCESO PARA TRABAJOS EXPERIMENTALES EN AISLAMIENTO O EN SOLITARIO FUERA DEL HORARIO HABITUAL.

Por la presente, se autoriza al trabajador _____
que desempeña el puesto de trabajo de _____
Departamento/Área/Unidad: _____
Edificio _____, Campus _____
para los siguientes trabajos experimentales en aislamiento o en solitario fuera del horario habitual¹:


LUGARES DE TRABAJO:

Laboratorio/taller Identificación y ubicación	Responsable del laboratorio y datos de contacto en caso de emergencia (indicar si es necesario)

Para ello, se ha formado al trabajador en el manejo de los equipos de trabajo, agentes químicos, biológicos y procedimientos necesarios, así como de las normas de seguridad a aplicar en su uso (riesgos y medidas preventivas de protección y prevención a adoptar, condiciones de utilización, procedimiento de trabajo, prohibición de anulación de los dispositivos de seguridad, equipos de protección individual a usar, etc.).

PERIODO DE VALIDEZ	
HORARIO AUTORIZADO	
OBSERVACIONES	

¹ Añadir las hojas adjuntas que sean necesarias en caso de ser necesario acceder a otros centros.

	BUENAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS	Ref. BPP-16
		Revisión: 0
		Fecha: junio 2018
		ANEXOS Página 2 de 2
TRABAJO EXPERIMENTAL EN SOLITARIO O EN HORARIO NO HABITUAL		

AGENTES QUE INTERVIENEN²:

Además de la persona que accede al centro en horario no habitual y el responsable de la actividad que la autoriza, es posible que sea necesario el conocimiento de otras personas, unidades o servicios. El responsable de la actividad debe valorarlo en función de las características de la actividad y enviar copia de esta autorización a quien proceda:

- *Director/Decano del centro al que accede.*
- *Responsables de los laboratorios/talleres a los que accede.*
- *Vicegerencia del campus (autorizaciones de acceso para cerraduras con tarjeta).*
- *Empresa de seguridad.*
- *Servicio de prevención.*

TRABAJADOR:

Nombre:

Puesto:

D.N.I.:

Fecha:

Firma:

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:

Nombre:

Puesto:

D.N.I.:

Fecha:

Firma:

² Se enviará una copia de esta autorización a cada uno de ellos para su conocimiento y por si debe realizar alguna observación.