**FORMULARIO DE RECLAMO PROTOCOLO DE SEGURIDAD SANITARIA LABORAL COVID-19**

1. **NOMBRE RECLAMANTE:**
2. **ANTECEDENTES DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:**

**NOMBRE DE LA ENTIDAD EMPLEADORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD EMPLEADORA O CENTRO DE TRABAJO (Señale la calle, número, comuna y la región) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **RECLAMO**

Identifique con una X, la o las secciones del Protocolo de Seguridad Sanitaria Laboral COVID-19 por la que desea reclamar en relación a los contenidos del protocolo tipo del Anexo N°2 de la Circular N°XXXX (artículos 2º de la Ley Nº XXXX) e incluya una breve descripción de sus argumentos.

| **SECCIONES DEL PROTOCOLO** | **CONTENIDO POR EL QUE SE RECLAMA (marque con una X)** | **ARGUMENTOS** |
| --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES GENERALES**
 |
| Objetivo |  |  |
| Principios y/o medidas para el control del riesgo |  |  |
| Alcance |  |  |
| Definiciones |  |  |
| Organización para la gestión del riesgo |  |  |
| Difusión |  |  |
| 1. **GESTIÓN DEL RIESGO COVID-19**
 |
| Reincorporación laboral |  |  |
| Elementos de protección personal |  |  |
| Lavado de manos |  |  |
| Organización del trabajo y distanciamiento mínimo |  |  |
| Limpieza y desinfección |  |  |
| Información y capacitación de los trabajadores/as |  |  |
| Factores de riesgo psicosocial en el trabajo para una mejor salud mental |  |  |
| Revisión y actualización del protocolo de emergencia y actualización del reglamento interno de higiene y seguridad |  |  |
| 1. **MONITOREO DE SÍNTOMAS Y ACCIONES ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE COVID 19 EN LOS TRABAJADORES/AS**
 |  |  |
| 1. **RESPONSABILIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES PARA LA GESTIÓN PREVENTIVA DEL COVID-19**
 |  |  |
| **OTRO (S)**(indique cuales) |  |  |