|  |
| --- |
| **1. Datos del proveedor** |
| **Razón Social:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Población:** |  | **C.P.:** |  | **Provincia:** |  |
| **País:** |  |
| **Tel:** |  | **Fax:** |  | **E-mail:** |  |
| **Persona de contacto:** |  | **Cargo:** |  |
| **Tipo de proveedor:** | **[ ]** Proveedor de productos peligrosos**[ ]** Transportista**[ ]** Gestor de residuos**[ ]** Subcontrata para trabajos en las instalaciones de la empresa |
| **Mercancías peligrosas (indicar clases):** |  |
| **Nombre del Consejero de Seguridad:** |  |

| **2. Gestión de mercancías peligrosas** |
| --- |
| ¿Dispone el proveedor de algún **Sistema de Gestión** certificado o **Evaluación SQAS**? | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No |
| En caso afirmativo, indicar el tipo de certificado: |  |
| ¿Dispone el proveedor de forma escrita de los siguientes procedimientos operativos? |
| * Observancia de las reglas sobre identificación de las mercancías peligrosas transportadas.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Valoración de las necesidades específicas relativas a las mercancías peligrosas, en la adquisición de medios de transporte.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Comprobación del material utilizado para el transporte de mercancías peligrosas o para las operaciones de carga o descarga.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Formación adecuada del personal y que dicha formación figura en su expediente.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Procedimiento de urgencia en caso de accidentes o incidentes que pueden afectar a la seguridad durante el transporte de mercancías peligrosas o durante las operaciones de carga o descarga.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Realización de análisis y, en caso necesario, la elaboración de partes sobre los accidentes, incidentes o infracciones graves que se hubiesen comprobado en el curso del transporte de mercancías peligrosas, o durante las operaciones de carga o descarga.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Aplicación de medios adecuados para evitar la repetición de accidentes, incidentes o infracciones graves.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Observancia de las disposiciones legales y la consideración de las necesidades específicas relativas al transporte de mercancías peligrosas en lo referente a la elección y utilización de subcontratistas o terceros intervinientes.
 | **[ ]**  | Sí | **[ ]**  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Comprobación de que el personal encargado del transporte de mercancías peligrosas o de la carga y descarga de dichas mercancías dispone de procedimientos de ejecución y de consignas detalladas.
 | **[ ]**  | Sí | [ ]  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Realización de acciones de sensibilización acerca de los riesgos ligados al transporte de mercancías peligrosas o a las operaciones de carga o descarga de dichas mercancías.
 | **[ ]**  | Sí | [ ]  | No | **[ ]**  | No aplica |
| * Comprobación con objeto de garantizar la presencia, a bordo de los medios de transporte, de los documentos y de los equipos de seguridad que deban acompañar a los transportes, y la conformidad de dichos documentos y equipos con la normativa.
 | **[ ]**  | Sí | [ ]  | No | [ ]  | No aplica |
| * Aplicación de procedimientos de comprobación con objeto de garantizar la observancia de las reglas relativas a las operaciones de carga y descarga.
 | **[ ]**  | Sí | [ ]  | No | [ ]  | No aplica |

|  |
| --- |
| **3. Otros datos** |
| ¿El proveedor ha tenido que comunicar algún accidente? | [ ]  | Sí | **[ ]**  | No |
| En caso afirmativo, indicar el número: |  |
| En caso afirmativo, indicar la fecha del último parte de accidente: |  |
| ¿El proveedor ha sido sancionado con algún tipo de sanción grave o muy grave? | [ ]  | Sí | **[ ]**  | No |
| En caso afirmativo, indicar el número: |  |
| En caso afirmativo, indicar la fecha de la última sanción: |  |
| ¿La empresa ha tenido que registrar algún tipo de incidencia? | [ ]  | Sí | **[ ]**  | No |
| En caso afirmativo, indicar el número: |  |
| En caso afirmativo, indicar la fecha de la última incidencia: |  |