**DERECHO A SABER**

Declaro haber sido informado de los riesgos inherentes que implican las labores que se realizan en Planta, así como las medidas preventivas necesarias para controlarlos. (De acuerdo a lo establecido en el artículo 21° del DS N° 40.)

En la instrucción recibida, me fueron señalados los peligros y riesgos para la salud, de igual forma se me señalaron las medidas de prevención y control que debo adoptar para evitar tales riesgos.

Además, entre otros temas fui instruido sobre los siguientes tópicos:

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

* Aspectos mandatorios de SSO Área Celulosa
* Conceptos básicos de SSO (Peligros, Riesgos, Accidente del Trabajo, Causas Básicas, etc.)
* Concepto de Autocuidado
* Proceso productivo y sus riesgos asociados
* Tipos de riesgos y sus medidas de control
* Uso y mantención de elementos de protección personal básicos y específicos
* Sistema de Gestión de Riesgos Área Celulosa
* Estándares Operativos de Trabajo en Celulosa
* Reglas Claves de Seguridad
* Video orientación en seguridad

MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD

* Conceptos básicos de Medio Ambiente y Calidad (Aspecto Ambiental, Impacto Ambiental, Gestión de la Calidad Total, etc.)
* Conductas esperadas
* Orden y aseo
* Emergencias
* Manejo de residuos
* Video Documental Medio Ambiente

Por lo anterior, me comprometo a cumplir todas las normas de seguridad, acatar las instrucciones de la Jefatura, hacer correcto y permanente uso de mis elementos de protección personal y velar que los trabajos que realice yo y mis compañeros se ejecuten de manera eficiente y segura, de manera especial me comprometo a cumplir y respetar el Reglamento Interno de Orden, Higiene y

Seguridad.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE: ${nombre\_trabajador}** | **RUT: ${rut\_trabajador}** |
| **OCUPACIÓN: ${cargo\_postulante}** | **FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **FECHA: ${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}** |  |
| **RELATOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**CELULOSA ARAUCO Y CONSTITUCION S.A., PLANTA ARAUCO**

**ENTREGA REGLAMENTO A PERSONAL EST**

**El trabajador Sr(a).: ${nombre\_trabajador}**

**RUT Nº ${rut\_trabajador}**

**Arauco, ${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}**

Da fe que con esta fecha ha recibido y entendido el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad de la empresa, en todos sus artículos y se compromete a respetarlos.

Además, acepta cooperar con las medidas preventivas que sean necesarias implementar, para el logro de un trabajo correcto, sano y seguro.

*...........................................................*

***Firma Trabajador***

${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}

**Señores**

**Empresa Integra EST**

**Presente**

A través de la presente solicito se me cancele la remuneración mensual en:

…………… Cuenta……………………………………… N.º…………………………………………… del Banco………………………………,

…………… Por no tener cuenta habilitada, solicito se me pague el sueldo a través de vale vista bancario.

Además agradeceré que mi liquidación de sueldo junto a, si corresponde, documentos anexos que indiquen cómo se determinó y de las deducciones efectuadas me la hagan llegar vía correo electrónico a la siguiente dirección:………………………………………………………………………………………………………………

Cabe señalar que si en un plazo de 15 días no interpongo ninguna consulta y/o reclamo a través del mismo medio o personalmente, daré por aceptado tanto el pago, la forma de cálculo y los descuentos efectuados en el respectivo mes.

Este mandato tiene carácter de indefinido para futuros contratos hasta que no entregue expresamente una solicitud que modifique a esta.

Agradeciendo desde ya vuestra gestión, les saluda atentamente,

**${nombre\_trabajador}**

${rut\_trabajador}

**INCOPORACION SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES y DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

CONTRATANTE : **Empresa de Servicios Transitorios Integra Ltda**

**RUT : 76.735.710-9**

POLIZA NRO. : **21049**

**COMPAÑÍA DE SEGUROS : BICE VIDA**

Datos del Asegurado dependiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE TRABAJADOR ASEGURADO | RUT | FECHA NACIMIENTO |
| ${nombre\_trabajador} | ${rut\_trabajador} | ${f\_nacimiento} |

Dejo constancia que por medio de la siguiente declaración tomo conocimiento de mi incorporación a póliza colectiva de Vida y designo como beneficiarios del mismo a las siguientes personas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUT | NOMBRE | PARENTESCO | % BENEFICIO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Dada la importancia de esta Declaración el formulario debe ser completado y legible de puño y letra del trabajador y devuelto a la empresa para ser gestionado en la compañía de seguros individualizada más arriba.***

AL DESIGNAR MAS DE UN BENEFICIARIO SE DEBE INDICAR EL % DEL BENEFICIO QUE LE OTORGA A CADA UNO DONDE LA SUMA DE ELLOS NO PUEDE SER SUPERIOR AL 100%, SI OMITE ESTA INFORMACION EL BENEFICIO SE DIVIDIRA EN PARTES IGUALES A LOS DESIGNADOS

*LA COBERTURA DE ESTE SEGURO ES VALIDA MIENTRAS EXISTA CONTRATO VIGENTE CON LA EMPRESA.*

FECHA: ……. /…… /…..

Firma del Trabajador

Imagen que contiene Texto

Descripción generada automáticamente

Firma y Timbre Contratante