

 <b>JUNTA DE ANDALUCÍA</b>	<b>AGENCIA SAS</b>	<b>ANEXO-I</b>	<b>P-NI 01</b>
			<b>EDICIÓN 1</b>

<b>0 IDENTIFICACIÓN DEL FORMATO</b>
F-P-NI 01-01      INFORMACIÓN PREVIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO*

<b>1 DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA</b>												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">APELLIDOS Y NOMBRE</td> <td>NIF</td> </tr> <tr> <td>PUESTO DE TRABAJO</td> <td colspan="2">SERVICIO /UNIDAD ADMINISTRATIVA</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE TRABAJO</td> <td colspan="2">DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO</td> </tr> <tr> <td>TELÉFONO DEL CENTRO DE TRABAJO</td> <td>TELÉFONO TRABAJO</td> <td>TELÉFONO PARTICULAR</td> </tr> </table>	APELLIDOS Y NOMBRE		NIF	PUESTO DE TRABAJO	SERVICIO /UNIDAD ADMINISTRATIVA		CENTRO DE TRABAJO	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO		TELÉFONO DEL CENTRO DE TRABAJO	TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO PARTICULAR
APELLIDOS Y NOMBRE		NIF										
PUESTO DE TRABAJO	SERVICIO /UNIDAD ADMINISTRATIVA											
CENTRO DE TRABAJO	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO											
TELÉFONO DEL CENTRO DE TRABAJO	TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO PARTICULAR										

<b>2 SI LA PERSONA ACCIDENTADA PERTENECE A UNA EMPRESA CONCURRENTE</b>		
NOMBRE DE LA EMPRESA		
ACTIVIDAD DESARROLLADA		
<table border="1"> <tr> <td>PERSONA DE CONTACTO</td> <td>TELÉFONO</td> </tr> </table>	PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO
PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO	

<b>3 DESCRIPCIÓN PREVIA DEL ACCIDENTE</b>				
<table border="1"> <tr> <td>FECHA</td> <td>HORA</td> <td>TRABAJO HABITUAL</td> <td><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	FECHA	HORA	TRABAJO HABITUAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FECHA	HORA	TRABAJO HABITUAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
LUGAR DEL ACCIDENTE				
<input type="checkbox"/> CENTRO DE TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> EN OTRO O LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> EN MISIÓN <input type="checkbox"/> IN ITINERE				
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE				
<table border="1"> <tr> <td>NOMBRE Y APELLIDOS TESTIGOS</td> <td>TELEFONO</td> </tr> </table>	NOMBRE Y APELLIDOS TESTIGOS	TELEFONO		
NOMBRE Y APELLIDOS TESTIGOS	TELEFONO			
AGENTE MATERIAL				
LESIONES OCASIONADAS				
GRADO DE LAS LESIONES				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE <input type="checkbox"/> MORTAL				
DAÑOS MATERIALES				

<b>3 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>En..... a..... de..... de.....</p> <p>Cargo o Puesto:.....</p> <p>Fdo.: .....</p>

\*A cumplimentar por la persona responsable de la Unidad Administrativa de la que dependa la persona empleada pública accidentada. Este documento debe ser remitido al SERVICIO DE PERSONAL y a la UNIDAD DE PREVENCIÓN del Servicio Andaluz de Salud.