



AGENCIA SAS

ANEXO IV

P-NI 01

Hoja 1 de 1

0 IDENTIFICACIÓN DEL FORMATO	
F-P-NI 01-04	COMUNICACIÓN DE AT POR PERSONA ACCIDENTADA

1 DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA		
NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI	Nº AFILIACIÓN S.S.
DOMICILIO	TELÉFONO	
CENTRO DE TRABAJO	PUESTO DE TRABAJO (UNIDAD / SERVICIO)	

2 DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		
FECHA:	HORA:	TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TAREA QUE REALIZABA:		
LUGAR DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> CENTRO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> EN OTRO CENTRO DE TRABAJO (indicar): <input type="checkbox"/> IN ITINERE (indicar lugar, municipio, calle y nº o punto kilométrico de vía pública):		
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:		
LESIONES (TIPO Y PARTE DEL CUERPO LESIONADA):		
CONSECUENCIAS <input type="checkbox"/> Sin Lesiones Descripción lesiones-Grado: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy Grave <input type="checkbox"/> Mortal:		
CENTRO ASISTENCIAL	MÉDICO QUE ASISTE (NOMBRE)	ECHA BAJA MÉDICA
TESTIGOS:		
DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA		

2 LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de
Fdo: