



### 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

NIF o NIE:

Sexo:  Hombre  Mujer

Nº Afiliación a la Seguridad Social:

HCL Nº:

Domicilio:

Provincia:

Municipio

Teléfono:

### 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

Centro al que pertenece:

Servicio/UGC:

Dirección trabajo:

Categoría profesional:

Cargo Intermedio:

Fecha ingreso en SAS:

Tipo de contrato:

Turno de trabajo:

### 3. INFORMACIÓN DEL RIESGO LABORAL DETECTADO

Tareas desempeñadas por el trabajador que pudieran tener relación con el daño detectado:

PARTE DEL CUERPO AFECTADA: \_\_\_\_\_

Causa baja laboral:  SI  NO

Último examen de Salud y Conclusiones: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico de Vigilancia de la Salud