



COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO / INCIDENTES

1 CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL	
<i>ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO ESTÁ FIRMADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL.</i>	
APELLIDOS Y NOMBRE:	CARGO:
<input type="checkbox"/> CERTIFICA a efectos de la solicitud de prestación de incapacidad temporal por contingencias profesionales, la <input type="checkbox"/> NO CERTIFICA veracidad de los datos que a continuación se consignan:	
En..... a..... de..... de.....	
FIRMADO:	

2 CUMPLIMENTAR POR LA PERSONA TRABAJADORA ACCIDENTADA			
APELLIDOS Y NOMBRE			NIF
PUESTO DE TRABAJO/OCUPACIÓN		SERVICIO /UNIDAD ADMINISTRATIVA	
CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	
TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO PARTICULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> INCIDENTE	FECHA Y 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 Y OBSERVACIONES			
TESTIGOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TELÉFONO(S)	
AGENTE MATERIAL CAUSANTE DEL ACCIDENTE (Superficie en general, suelo resbaladizo, escalera, tijeras, coche, mobiliario, herramienta, etc...)			
En..... a..... de..... de.....			
FIRMA DE LA PERSONA TRABAJADORA			

3 CUMPLIMENTAR POR LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DONDE PRESTE SERVICIO		
APELLIDOS Y NOMBRE:		
CARGO:	TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
CORROBORA QUE LOS HECHOS QUE DECLARA LA PERSONA TRABAJADORA SON CIERTOS EN CUANTO A:		
- LA DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO: <input type="checkbox"/>	- LA HORA EN QUE SE PRODUJO <input type="checkbox"/>	- EL LUGAR EN QUE SE PRODUJO: <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: Indique por qué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores.		
En..... a..... de..... de.....		
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA		



COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO / INCIDENTES

4 CUMPLIMENTAR POR MÉDICO/A DE FAMILIA

D/D.^a

FECHA DE CONSULTA:

CÓDIGO DE LESIÓN:

CÓDIGO PARTE DEL CUERPO AFECTADA:

TIPO DE ACCIDENTE:

- ACCIDENTE SIN BAJA

- ACCIDENTE CON BAJA

- RECAIDA

GRADO DE ACCIDENTE: :

- LEVE

- GRAVE

- MUY GRAVE

- FALLECIMIENTO

En..... a..... de..... de.....

FIRMA DEL MÉDICO/A DE FAMILIA

A/A UNIDAD DE COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES – ASESORA/ASESOR TÉCNICO DE PRL