

| | | |
|---|--|------------------------------------|
|  <p>Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud y Consumo</p> | <p>PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES - INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO E INCIDENTES</p> | <p>P-NI 02 ANEXO II</p> |
| | | <p>Página 1 de 2</p> |
| <p>DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ACCIDENTE DE TRABAJO IN ITINERE</p> | | |

| 1 DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE | | DNI |
| PUESTO DE TRABAJO/OCUPACIÓN | SERVICIO /UNIDAD ADMINISTRATIVA | |
| CENTRO DE TRABAJO | DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO | |
| TELÉFONO DEL CENTRO DE TRABAJO | TELÉFONO TRABAJO | TELÉFONO PARTICULAR |

| 2 DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE | |
|-----------------------------|-------------|
| FECHA: | HORA: |
| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE | |
| NOMBRE Y APELLIDOS TESTIGOS | TELEFONO(S) |

| 3 INTERVINIENTES EN LA ATENCIÓN TRAS EL ACCIDENTE | |
|---|---|
| Servicio sanitario (Urgencias, 112, 061): | Autoridad pública (Policía Local, Guardia Civil, etc.): |
| Otros (especificar): | |
| TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA: <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria (especificar nombre y dirección del centro sanitario): | |

| 4 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parte de accidente a la compañía aseguradora (debe figurar la fecha, hora y lugar del accidente) | |
| <input type="checkbox"/> Copia del Atestado efectuado por la Autoridad | <input type="checkbox"/> Parte de Asistencia Sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Denuncias por mal estado de la vía pública | <input type="checkbox"/> Fotografías del lugar u objeto material del accidente |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra prueba documental que estime conveniente: | |



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ACCIDENTE DE TRABAJO IN ITINERE

5 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE QUE PUEDA SER DE INTERÉS

Utilice este apartado para detallar cualquier información adicional que permita un mejor conocimiento de las circunstancias del accidente.

6 LUGAR, FECHA Y FIRMA

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

LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA

Fdo.:

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