



**INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO E INCIDENTES**

**1 DATOS IDENTIFICATIVOS**

N/REF:	FECHA Y HORA ACCIDENTE:	LUGAR (SEDE) DEL ACCIDENTE:
SUCESO INVESTIGADO:		
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO. Número Delt@:	<input type="checkbox"/> CON BAJA	<input type="checkbox"/> INCIDENTE
<input type="checkbox"/> IN ITINERE <input type="checkbox"/> EN MISIÓN	<input type="checkbox"/> SIN BAJA	<input type="checkbox"/> RECAÍDA
TÉCNICO/A ACTUANTE:		

**2 DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA**

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	FECHA INGRESO ADMINISTRACIÓN
PUESTO DE TRABAJO/OCUPACIÓN		SERVICIO /UNIDAD ADMINISTRATIVA
CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO
TELÉFONO TRABAJO	TELÉFONO PARTICULAR	CORREO ELECTRÓNICO

**3 DATOS DEL ACCIDENTE/INCIDENTE**

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE:
LUGAR DONDE SE ENCONTRABA LA PERSONA ACCIDENTADA CUANDO SE PRODUJO EL ACCIDENTE:
PROCESO DEL TRABAJO EN EL QUE PARTICIPABA CUANDO SE PRODUJO EL ACCIDENTE:
ACTIVIDAD FÍSICA ESPECÍFICA QUE HACÍA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:
AGENTE MATERIAL ASOCIADO A LA ACTIVIDAD FÍSICA ESPECÍFICA:
HECHO ANORMAL QUE LE APARTÓ DEL PROCESO HABITUAL (DESVIACIÓN):
AGENTE MATERIAL ASOCIADO A LA DESVIACIÓN:
FORMA, CONTACTO-MODALIDAD DE LA LESIÓN:
AGENTE MATERIAL CAUSANTE DE LA LESIÓN:
RESPONSABLE DE LA PERSONA EMPLEADA ACCIDENTADA:
TESTIGOS/PERSONAS ENTREVISTADAS:



**INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO E INCIDENTES**

**4 LESIONES**

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN:

GRADO E LA LESIÓN:  Leve  Grave  Muy grave  Fallecimiento

EN SU CASO, ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA:

**5 ANÁLISIS DE CAUSAS**



**INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO E INCIDENTES**

**6 MEDIDAS PREVENTIVAS**

MEDIDA A ADOPTAR	UNIDAD RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA CONTROL

**7 LUGAR, FECHA Y FIRMA**

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

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

Fdo.: .....