



D/D^a que presta sus servicios en el centro de trabajo con la categoría deadscrito/a al servicio de

COMUNICA

Que siendo las horas del día /...../..... estando trabajando en turno de y encontrándose en (identificar lugar) cuando realizaba (identificar qué actividad laboral estaba realizando)

Sufrió un Accidente Laboral de la forma siguiente:

- ¿Qué estaba haciendo?:
- ¿Cómo se produjo el accidente?
- Agentes materiales causantes del accidente
- Produciéndose las siguientes lesiones (Aportar parte de lesiones o informe de asistencia médica)
- Por el agente material causante de las lesiones:

TESTIGOS/S:

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente en León, a de de 20.....

TESTIGO/S
Declaro responsablemente los hechos comunicados como ciertos
Fdo.: Fdo.:

EL/LA TRABAJADOR/A ACCIDENTADO/A
Declaro responsablemente los hechos comunicados como ciertos
Fdo.:

DILIGENCIA: Para hacer constar que el trabajador a que se refiere la presente comunicación se encontraba desempeñando sus funciones profesionales en la Unidad/Centro de en turno de, cuando ocurrió el accidente descrito.

Efectuadas las comprobaciones oportunas, este mando intermedio concluye:

Carece de información suficiente para emitir informe.

Confirma lo expuesto por el trabajador.

Se incorporan las siguientes matizaciones:

EL MANDO DIRECTO
Fdo.:

Nombre:
Cargo: