

Fecha del accidente/incidente:

ACCIDENTE INCIDENTE

A cumplimentar por el superior jerárquico del trabajador accidentado

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO :

Gerencia:		Centro de trabajo:	
Servicio/Unidad:			
Apellidos:		Nombre:	
DNI:	Sexo (M-V):	Fecha de nacimiento:	
Categoría profesional:			
Carácter	Régimen SS	Antigüedad en el puesto (meses):	

DATOS DEL ACCIDENTE:

Día de la semana:		Hora del accidente (1-24):	Hora de trabajo (1ª, 2ª...):
¿Era su trabajo habitual?		¿El accidente ha afectado a más de un trabajador?	
¿Se ha realizado evaluación de riesgos del puesto de trabajo en el que se ha producido el accidente?			
Lugar del accidente			*Si el accidente se ha producido <u>fuera del centro de trabajo habitual</u> indicar dónde :
Descripción del accidente	Lugar en el que se encontraba:		
	Tarea que estaba realizando:		
	Cómo ocurrió el accidente:		
Parte del cuerpo lesionada:			
Testigos:			
Baja por I.T.		Fecha Baja	
Firma del trabajador:		Firma del superior jerárquico:	
D/Dª.....		D/Dª.....	
Fecha:		Fecha:	
Teléfono de contacto:		Teléfono de contacto:	
		Reconoce el AT: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

ENTREGAR AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Ed. Administrativo, Planta Baja. H.U.BU.