

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 :			
Fijo <input type="checkbox"/>	Temporal <input type="checkbox"/>	Régimen SS: INSS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/>	Antigüedad en el puesto (meses) :

DATOS DEL ACCIDENTE :

Día de la semana :		Hora del accidente (1-24) :		Hora de trabajo (1ª, 2ª.....) :	
¿Erá su trabajo habitual ?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El accidente ha afectado a más de un trabajador ?:	
		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Se ha realizado evaluación de riesgos del puesto de trabajo en el que se ha producido el accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Lugar del accidente	En el centro de trabajo habitual	<input type="checkbox"/>		* Si el accidente se ha producido fuera del centro de trabajo habitual indicar donde :	
	En otro centro *	<input type="checkbox"/>			
	En desplazamiento en su jornada laboral*	<input type="checkbox"/>			
	Al ir o al volver del trabajado (in itinere)*	<input type="checkbox"/>			
Descripción del accidente	Lugar en el que se encontraba :				
	Tarea que estaba realizando :				
	Cómo ocurrió el accidente :				
Parte del cuerpo lesionada :					
Testigos :					
Firma del trabajador			Firma del superior jerárquico:		
D/Dª..... _____			D/Dª..... _____		
Fecha :			Fecha :		
			Teléfono de contacto : _____		
			Observaciones : _____		
			Reconoce el AT: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

ENTREGAR AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES