Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Sacyl

Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Profesionales

Restablecer

PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

1. DATOS DEL/LOS TRABAJADOR/ES ACCIDENTADO/S							
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PROVINCIA/ LOCALIDAD	CENTRO	SERVICIO O UNIDAD	PUESTO DE TRABAJO	RGSS / INSS	MUFACE
						☐	☐
						☐	☐

2. DATOS DEL SUCESO	Fecha: / /	Hora del día (1-24):
CENTRO:		
DIRECCIÓN		
LOCALIDAD:		
PROVINCIA:		

En el centro o lugar de trabajo habitual	☐	Breve descripción del suceso
En otro centro o lugar de trabajo	☐	
En desplazamiento en su jornada laboral	☐	
"in itinere"	☐	

Testigos presénciales	D/Dña: D/Dña:	D/Dña: D/Dña:

3- ASISTENCIA MÉDICA	NO	☐		
	SI	☐	Centro asistencial/servicio	

PRECISA DE BAJA	NO	☐
	SI	☐

A fin de conocer las circunstancias del mismo, llamar al siguiente **número de contacto**:_____

donde será atendido por D./ Dña:_____.

En a de de 20

Cargo:

Firmado:

Recibí en a de de 20

Fdo: Cargo:

Paseo Zorrilla, 1 – 47007 –VALLADOLID- Tlfno.: 983 -328 000 – Fax 983- 41 23 99