



\* A cumplimentar por la Unidad Administrativa de la persona accidentada para remitir a su Servicio de Personal.

<b>1 DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI / NRP:
PUESTO DE TRABAJO:	UNIDAD / SERVICIO	
CENTRO DE TRABAJO	DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO TRABAJO:	TELÉFONO PARTICULAR (OPCIONAL):
<b>1.1 SI LA PERSONA ACCIDENTADA PERTENECE A EMPRESA EXTERNA</b>		
NOMBRE DE LA EMPRESA:		
ACTIVIDAD DESARROLLADA:		
PERSONA DE CONTACTO:	TELÉFONO:	

<b>2 DESCRIPCIÓN PREVIA DEL ACCIDENTE</b>		
ACCIDENTE MÚLTIPLE: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO N° DE PERSONAS ACCIDENTADAS:		
(CUMPLIMENTAR ESTA HOJA PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS ACCIDENTADAS.)		
FECHA:	HORA:	TRABAJO HABITUAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
LUGAR DEL ACCIDENTE:		
<input type="checkbox"/> CENTRO DE TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> EN OTRO O LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> IN ITINERE		
<input type="checkbox"/> EN MISIÓN (DESPLAZAMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE UN SERVICIO)		
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:		
NOMBRE Y APELLIDOS TESTIGOS:		TELEFONOS:
.....		.....
.....		.....
AGENTE MATERIAL CAUSANTE DEL DAÑO:		
LESIONES OBSERVADAS:		
DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS POR EL ACCIDENTE:		

<b>3 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
En ..... a ..... de ..... de .....
Fdo.: .....
Cargo .....