

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Nº ____ / 20 __

| | |
|---|---|
| Fecha de Comunicación del accidente: ____ / ____ / ____ | Fdo.: Responsable inmediato del Trabajador (Sello y firma) |
|---|---|

Datos del Trabajador accidentado

| | |
|---|----------------------------|
| Nombre y Apellidos: | |
| Categoría: | NIF: |
| Telf.: | Correo Electrónico: |
| Unidad/Servicio: | Centro de Trabajo: |
| Para el trámite correcto como Accidente de Trabajo, el trabajador debe personarse y/o contactar obligatoriamente con uno de los centros de Mutua Universal en La Rioja | |

Descripción del Accidente (a rellenar por el responsable):

Datos del Accidente:

| | | |
|--|---|----------------------------|
| Fecha Accidente: ____ / ____ / ____ | Hora Accidente: | Horario laboral: |
| Testigos (si los hubiera): | | Entrada ____:____h. |
| | | Salida ____:____h. |
| Accidente en el centro de trabajo: SI / NO | Accidente in itinere / en circulación: SI / NO | |
| ¿Ha recibido asistencia sanitaria? SI / NO ¿Dónde? | | |

Descripción de la lesión y tratamiento (a rellenar por el Facultativo):

Firma y sello del Facultativo