

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE

Nº ____ / 20 __

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

Datos del Trabajador accidentado

Nombre y Apellidos:	
NIF:	Telf.:
Correo Electrónico:	
Categoría:	
Centro de Trabajo:	
Unidad/Servicio:	

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