

INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

D^o/a _____
Director/a de _____ Tfn.: _____
Dirección _____ C.P. _____

INFORMA que (márquese lo que proceda)

- el personal perteneciente al régimen de Seguridad Social.
 el personal perteneciente al régimen Especial de MUFACE.

Nombre y Apellidos _____

D.N.I. _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____

Nº Afiliación al Régimen de S.S. /MUFACE _____

Domicilio _____ Ciudad _____ CP _____

Teléfono _____ Móvil _____

Puesto de trabajo _____

Horario de trabajo : de las ____ horas a las ____ horas

sufrió un accidente laboral con las características y circunstancias siguientes:

Fecha del Accidente ____ / ____ / ____ Hora _____

Fecha de Baja Parte Médico ____ / ____ / ____

Lugar del accidente: _____

Descripción del accidente: _____

Lesiones (según diagnóstico) _____

Y para que conste, firmo y sello el presente en _____ a _____

El director del centro

CUESTIONARIO SOBRE EL ACCIDENTE LABORAL

PERSONAL PERTENECIENTE AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y RÉGIMEN ESPECIAL DE MUFACE

APELLIDOS

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

D.N.I.

Nº AFILIACIÓN S.S/MUFACE

TFN:

MÓVIL

DOMICILIO

PROVINCIA

MUNICIPIO

C.P.

CENTRO DE TRABAJO:

Dirección del centro (calle, municipio y código postal)

Teléfono Centro

HORARIO DE TRABAJO

Fecha del Accidente:

Hora del accidente:

Fecha baja médica:

LUGAR DEL ACCIDENTE:

Provincia:

Municipio:

C.P.:

Especificar la calle, vía pública o punto kilométrico en caso de accidente de tráfico :

(caso de existir Parte de Declaración Amistosa o Atestado, mándenlos fotocopia del mismo)

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

¿Qué hacía exactamente en el momento del accidente?

¿Ha afectado a más de un trabajador?

Tipo de Lesión sufrida

¿Hay testigos del accidente?

Nombres:

Ha tenido asistencia de tipo :

HOSPITALARIA

AMBULATORIA

Si tuviera Informe hospitalario deberá enviarnos copia del mismo.

FECHA

FIRMA: