



**DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

DATOS PERSONALES

Apellido 1º ..... Apellido 2º ..... Nombre .....

NIF ..... Domicilio .....

Municipio ..... Código Postal ..... Teléfono fijo .....

Teléfono Móvil ..... E-mail: .....

Muface nº ..... Nº S.S. ....

Fecha de nacimiento (DD/MM./AAAA) ..... Denominación del puesto .....

Categoría laboral .....

Centro/Departamento/Servicio .....

Teléfono Lugar de trabajo ..... Nombre del jefe inmediato .....

DATOS DEL ACCIDENTE

LUGAR DEL ACCIDENTE

- En el centro o lugar de trabajo habitual
- En otro centro o lugar de trabajo

Especificar: .....

- En desplazamiento en su jornada laboral
- Al ir o volver al trabajo "in itinere"
- Además marque si ha sido accidente de tráfico

Fecha del accidente (DD/MM./AAAA) ..... Día de la semana .....

Hora del accidente (1 a 24 h.): ..... Hora de trabajo (1ª, 2ª...)

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (QUÉ ACTIVIDAD REALIZABA Y CÓMO SE PRODUJO)

DESCRIBA EL TIPO DE LESIÓN Y PARTES DEL CUERPO AFECTADAS

¿HUBO ALGÚN POSIBLE HECHO ANORMAL QUE DESENCADENARA EL ACCIDENTE? (OPCIONAL)

- Marque si el accidente ha afectado a más de un trabajador
- Marque si hubo testigos (indique nombre, apellidos y teléfono):

1 .....

2 .....

FIRMA ACCIDENTADO	FIRMA JEFE INMEDIATO

Ejemplar para el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales