|  |
| --- |
| **DATOS DEL ACIDENTE** |
| Nombre y apellidos del trabajador:      DNI:      Teléfono:      Fecha del accidente:      Hora del accidente:      Ha causado Baja: [ ] SI [ ] NOLesiones sufridas:      [ ]  El accidente se ha producido en el centro de trabajo [ ]  El accidente ha sido in itínereTestigos presenciales: D./Dña.              |
| Consejería a la que pertenece:      Centro de trabajo:      Localidad:       |
| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE  |
|       |
| INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE (a cumplimentar por el responsable) |
|       |
| CAUSAS POSIBLES DEL ACCIDENTE (a cumplimentar por el responsable) |
|       |
| OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a cumplimentar por el responsable)Precisaba protección personal: [ ]  SI [ ]  NO¿se han producido daños materiales: [ ]  SI [ ]  NO |