|  |
| --- |
| **DATOS DEL ACIDENTE** |
| Nombre y apellidos del trabajador:  DNI:  Teléfono:  Fecha del accidente:  Hora del accidente:  Ha causado Baja: SI NO  Lesiones sufridas:  El accidente se ha producido en el centro de trabajo  El accidente ha sido in itínere  Testigos 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 |