

INFORME DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES/INCIDENTES

| | |
|---------------------------|--|
| EMPRESA: | |
| PUESTO DE TRABAJO: | |

DATOS DE LA PERSONA QUE SUFRE EL DAÑO

| | | | |
|---------------------|----------------------------|---------------------------|--|
| NOMBRE: | | 1º APELLIDO: | |
| 2º APELLIDO: | | | |
| EDAD: | ANTIGÜEDAD EMPRESA: | ANTIGÜEDAD PUESTO: | |
| OCUPACION: | | | |

TIPO DE CONTRATO

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| CONTRATA O SUBCONTRATA | EMPRESA DE TRABAJO TEMPORAL | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|

MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ASUNCIÓN PERSONAL POR EL EMPRESARIO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA DE LA EMPRESA | SERVICIO DE PREVENCIÓN PROPIO | |
| SERVICIO DE PREVENCIÓN AJENO | TRABAJADORES DESIGNADOS | |
| SERVICIO DE PREVENCIÓN MANCOMUNADO | NINGUNA | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| MARQUE SI SE HA REALIZADO EVALUACION DE RIESGOS SOBRE PUESTO DE TRABAJO | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|

LUGAR DEL ACCIDENTE INCIDENTE

| | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|
| CENTRO HABITUAL: | DESPLAZAMIENTO: | IN ITINERE: | OTRO CENTRO: |
| POBLACION: | PROVINCIA: | C.P.: | |
| CL/PZ/AV/CR: | P. KILOMETRO: | | |
| MARQUE SI HA SIDO ACCIDENTE DE TRAFICO | | | |

EN CASO DE SER EMPRESA CONTRATA O SUBCONTRATA

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| CIF O NIF | USUARIA DE ETT (CIF O NIF) | |
| OTRA (CIF O NIF) | | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | |
| DOMICILIO | | |
| PROVINCIA | MUNICIPIO | |
| PLANTILLA ACTUAL | CNAE-93 | CODIGO CUENTA COTIZACION |

IDENTIFICACION ACCIDENTE/INCIDENTE

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| ACC.CON BAJA: | ACC.SIN BAJA: | ACC.SIN LESIONES: | INCIDENTE: |
| FECHA: | HORA: | HORA TRABAJO: | |
| PARTE DEL CUERPO LESIONADA: | | | |
| DESCRIPCION DEL ACCIDENTE: | | | |
| | | | |
| | | | |
| TESTIGOS: | | | |

| | |
|------------------------------|--|
| CAUSAS DEL ACCIDENTE: | |
| | |
| | |
| MEDIDAS CORRECTORAS: | |
| | |
| | |

EL ACCIDENTADO

EL ENCARGADO

Vº Bº DIRECCIÓN

Informar al Delegado de Prevención o Comité de Seguridad y Salud (Art.36,Apdo C)