

1. DATOS DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS¹ (sólo en accidentes)

CENTRO		CÓDIGO CENTRO			
SERVICIO O UNIDAD					
PROVINCIA		LOCALIDAD			
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PUESTO DE TRABAJO(RPT)		RGSS	MUFACE ²
		CÓDIGO	DENOMINACIÓN		

2. DATOS DEL SUCESO

Fecha:					
Hora del día (1-24):					
LUGAR	En el centro o lugar de trabajo habitual				
	"in itinere"				
	En desplazamiento en su jornada laboral				
	En otro centro o lugar de trabajo	CENTRO:			
		DIRECCIÓN			
PROVINCIA:					
LOCALIDAD:					
Breve descripción del suceso					
Testigos	Nombre y apellidos				
	Nombre y apellidos				
	Nombre y apellidos				
	Nombre y apellidos				
3- ASISTENCIA MEDICA	NO				
	SI		Centro asistencial/servicio		
PRECISA DE BAJA ³	NO				
	SI				

A fin de conocer las circunstancias del mismo, se proporcionan los siguientes contactos:

CONTACTO EN EL CENTRO teléfono email	TRABAJADOR/A AFECTADO/A: teléfono email
--	---

En _____ a de _____ de 20__

Cargo: _____ Fdo _____

¹ En el caso de incidente no se rellena

² MUGEJU, ISFAS

³ campo obligatorio