



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

1. DATOS DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS								
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PROVINCIA/ LOCALIDAD	CENTRO	SERVICIO O UNIDAD	PUESTO DE TRABAJO	RGSS		MUFACE
						MUTUA	SACYL	

<b>2. DATOS DEL SUCESO</b>		Fecha:
		Hora del día (1-24):
CENTRO:		
DIRECCIÓN		
LOCALIDAD:		
PROVINCIA:		
En el centro o lugar de trabajo habitual	Breve descripción del suceso	
En otro centro o lugar de trabajo		
En desplazamiento en su jornada laboral		
"in itinere"		
Testigos presenciales	D/Dña: D/Dña:	D/Dña: D/Dña:

<b>3- ASISTENCIA MEDICA</b>	NO	
	SI	Centro asistencial/servicio
PRECISA DE BAJA		NO
		SI

A fin de conocer las circunstancias del mismo, llamar al siguiente número de contacto: \_\_\_\_\_

donde será atendido por D. / Dña: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200

Cargo:  
Firmado:

Recibí en _____ a _____ de _____ de 200
Fdo: Cargo: