



Full de notificació d'accident o incident laboral

Dades del centre

Nom	Codi
Serveis Territorials a	

Dades del succés

Data	Hora del dia	Hora de la jornada
___ / ___ / ___	_____	_____
	Accident de trànsit <input type="checkbox"/>	Treball habitual <input type="checkbox"/>

Lloc del succés (en el cas que s'hagi produït fora del centre de treball habitual, cal indicar-ne el lloc exacte)

Feina que efectuava

Descripció detallada i acurada dels fets esdevinguts

Descripció de les lesions i de la part o parts del cos que s'ha lesionat

Descripció dels danys materials

Testimonis (noms i càrrecs)

Dades de la persona*

DNI/NIE/Passaport	Cognoms i nom		
Data de naixement	Lloc de treball	Antiguitat	
___ / ___ / ___	_____	_____	
Personal propi	Relació laboral		
<input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Docent	<input type="checkbox"/> Funcionari <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Interí <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-lo):		
Personal extern <input type="checkbox"/>	Empresa a què pertany:		
Tipus de cobertura	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> MUFACE		
Assistència mèdica	<input type="checkbox"/> Centre de treball(farmaciola)	<input type="checkbox"/> Mútua d'accidents	<input type="checkbox"/> Entitat MUFACE
	<input type="checkbox"/> Centre d'assistència primària	<input type="checkbox"/> Hospital	
Gravetat (si es disposa de la informació)	<input type="checkbox"/> Lleu	<input type="checkbox"/> Greu	<input type="checkbox"/> Molt greu <input type="checkbox"/> Mortal
Data de la baixa mèdica	Hospitalització (nom)	Població	Telèfon
___ / ___ / ___	_____	_____	_____
Signatura del director/a del centre	(Segell del centre)		

Data de lliurament ___ / ___ / ___

Espai reservat per al Servei de Prevenció de Riscos Laborals

Accident: Sense baixa Amb baixa Mortal Incident Malaltia professional Recaiguda

Data de recepció per la unitat

___ / ___ / ___

*S'ha d'emplenar un full per cada persona afectada