

## INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

D<sup>o</sup>/a \_\_\_\_\_  
Director/a de \_\_\_\_\_ Tfn.: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

INFORMA que (márquese lo que proceda)

- el personal perteneciente al régimen de Seguridad Social.  
 el personal perteneciente al régimen Especial de MUFACE.

Nombre y Apellidos _____
D.N.I. _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____
Nº Afiliación al Régimen de S.S. /MUFACE _____
Domicilio _____ Ciudad _____ CP _____
Teléfono _____ Móvil _____
Puesto de trabajo _____
Horario de trabajo : de las ____ horas a las ____ horas
<i>sufrió un accidente laboral con las características y circunstancias siguientes:</i>
Fecha del Accidente ____ / ____ / ____ Hora _____
Fecha de Baja Parte Médico ____ / ____ / ____
Lugar del accidente: _____
Descripción del accidente: _____
_____
_____
_____
Lesiones (según diagnóstico) _____

Y para que conste, firmo y sello el presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

El director del centro

## **CUESTIONARIO SOBRE EL ACCIDENTE LABORAL**

**PERSONAL PERTENECIENTE AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y RÉGIMEN ESPECIAL DE MUFACE**

**APELLIDOS**

**NOMBRE**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**D.N.I.**

**Nº AFILIACIÓN S.S./MUFACE**

**TFN:**

**MÓVIL**

**DOMICILIO**

**PROVINCIA**

**MUNICIPIO**

**C.P.**

### **CENTRO DE TRABAJO:**

**Dirección del centro** (calle, municipio y código postal)

**Teléfono Centro**

**HORARIO DE TRABAJO**

**Fecha del Accidente:**

**Hora del accidente:**

**Fecha baja médica:**

### **LUGAR DEL ACCIDENTE:**

Provincia:

Municipio:

C.P.:

Especificar la calle, vía pública o punto kilométrico en caso de accidente de tráfico :

(caso de existir Parte de Declaración Amistosa o Atestado, mándenlos fotocopia del mismo)

### **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

**¿Qué hacía exactamente en el momento del accidente?**

**¿Ha afectado a más de un trabajador?**

**Tipo de Lesión sufrida**

**¿Hay testigos del accidente?**

**Nombres:**

**Ha tenido asistencia de tipo :**

**HOSPITALARIA**

**AMBULATORIA**

**Si tuviera Informe hospitalario deberá enviarnos copia del mismo.**

**FECHA**

**FIRMA:**