

|   |   |                |                   |                 |
|---|---|----------------|-------------------|-----------------|
| <br>JUNTA DE ANDALUCÍA | <b>CONSEJERÍA DE<br/>EDUCACIÓN, CULTURA<br/>Y DEPORTE</b> | <b>ANEXO I</b> |                   | <b>P-NI 01</b>  |
|   |   | Edición: 1.0   | Fecha: 06/10/2014 | Página 17 de 28 |
| <b>F-PNIO1-01: INFORMACIÓN PREVIA DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.</b>   |   |                |                   |                 |

[ESTE DOCUMENTO SE ENVIARÁ AL SERVICIO COMPETENTE EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS]

|  |   |                              |                                 |
|--|---|------------------------------|---------------------------------|
| <b>1</b>   | <b>DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA.</b> |                              |                                 |
| NOMBRE Y APELLIDOS:  |   | DNI / NRP:                   |                                 |
| PUESTO DE TRABAJO:   |   | UNIDAD / SERVICIO:           |                                 |
| CENTRO DE TRABAJO:   |   | DOMICILIO PUESTO DE TRABAJO: |                                 |
| CORREO ELECTRÓNICO:  |   | TELÉFONO TRABAJO:            | TELÉFONO PARTICULAR (OPCIONAL): |
| <input type="checkbox"/> RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO.<br><input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. |   |                              |                                 |
| <b>1.1 SI LA PERSONA ACCIDENTADA PERTENECE A EMPRESA PRESTATARIA DE SERVICIOS.</b>   |   |                              |                                 |
| NOMBRE DE LA EMPRESA:  |   |                              |                                 |
| ACTIVIDAD DESARROLLADA:  |   |                              |                                 |
| PERSONA DE CONTACTO:   |   |                              | TELÉFONO:                       |

|   |  |   |            |
|---|--|---|------------|
| <b>2</b>  | <b>DESCRIPCIÓN PREVIA DEL ACCIDENTE.</b> |   |            |
| ACCIDENTE MÚLTIPLE:<br>• INDICAR EL NÚMERO DE PERSONAS ACCIDENTADAS: .....<br>• CUMPLIMENTAR ESTA HOJA PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS ACCIDENTADAS.  |  |   |            |
| FECHA:  | HORA:                                    | TRABAJO HABITUAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |            |
| LUGAR DEL ACCIDENTE:  |  |   |            |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> EN OTRO O LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> EN COMISIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/> <i>IN ITINERE</i> |  |   |            |
| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:  |  |   |            |
| NOMBRE Y APELLIDOS TESTIGOS:  |  |   | TELÉFONOS: |
| AGENTE MATERIAL:  |  |   |            |
| LESIONES OCASIONADAS:   |  |   |            |
| GRADO DE LAS LESIONES (RELLENAR SÓLO SI HAY INFORME MÉDICO):  |  |   |            |
| <input type="checkbox"/> MORTAL <input type="checkbox"/> MUY GRAVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> LEVE   |  |   |            |
| DAÑOS MATERIALES:   |  |   |            |

|  |                              |  |  |
|--|------------------------------|--|--|
| <b>3</b>   | <b>LUGAR, FECHA Y FIRMA.</b> |  |  |
| En ..... a ..... de ..... de .....<br><div style="text-align: center;">CARGO</div> |                              |  |  |
| Fdo.: .....  |                              |  |  |