

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

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

1	DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA.		
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. <input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.			
1.1 SI LA PERSONA ACCIDENTADA PERTENECE A EMPRESA PRESTATARIA DE SERVICIOS.			
NOMBRE DE LA EMPRESA:			
ACTIVIDAD DESARROLLADA:			
PERSONA DE CONTACTO:			TELÉFONO:

2	DESCRIPCIÓN PREVIA DEL ACCIDENTE.		
ACCIDENTE MÚLTIPLE: • INDICAR EL NÚMERO DE PERSONAS ACCIDENTADAS: • 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:			

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