



## COMUNICACION DE INCIDENTE

(Accidente de trabajo y Enfermedad profesional)

### 1.- DATOS DEL TRABAJADOR AFECTADO

Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	
DNI:	Teléf. de contacto:	Seguridad Social	<input type="checkbox"/>
		MUFACE	<input type="checkbox"/>

Tipo de personal: señale con X lo que proceda

P.A.S.	<input type="checkbox"/>	Funcionario	<input type="checkbox"/>
		Interino	<input type="checkbox"/>
DOCENTE	<input type="checkbox"/>	Laboral	<input type="checkbox"/>
Cuerpo / especialidad	:		
Categoría profesional	:		

### 2.- DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR AFECTADO

Puesto de trabajo:	Centro de trabajo:	
	Código del Centro:	
Dirección:	Localidad:	Teléfono:

### 3.- DATOS DE LA INCIDENCIA

Fecha de la incidencia:	Hora de la incidencia:
	Hora de inicio de la jornada de trabajo:
Lugar de la incidencia (centro de trabajo u otro):	

### 4.- DESCRIPCION DE LA INCIDENCIA

--

### 5.- TESTIGOS

Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	Teléf. de contacto:
Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	Teléf. de contacto:

### 6.- DATOS DE QUIEN CUMPLIMENTA ESTA NOTA

Cargo en el equipo Directivo :			
Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	Teléf. de contacto:

Fecha:

Firma: