



### COMUNICACIÓN INTERNA ACCIDENTE DE TRABAJO

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL POR EL JEFE SUPERIOR INMEDIATO, DIRECTOR DEL CENTRO O CARGO SUPERIOR RESPONSABLE EN MATERIA DE PERSONAL

(El que proceda según normas de funcionamiento interno de la Consejería, Organismo o Ente)

Se remitirá a la Dirección General de Función Pública-Colaboradora

en el plazo máximo de dos días hábiles posteriores al día del accidente

1. Datos del trabajador	Personales	NIF, NIE, Pass:	1º Apellido:		2º Apellido:	
		Nombre:	Fecha Nacimiento:		Nacionalidad:	
	Laborales	Dirección de Área Territorial:	Centro de trabajo:			
		Cuerpo /Categoría a la que pertenece:	Horario de trabajo:	Antigüedad en el puesto de trabajo actual (meses):		
2. Lugar del Accidente	<input type="checkbox"/> En el Centro o lugar de trabajo		Dirección del Centro:			
	<input type="checkbox"/> En otro Centro o lugar de trabajo (1) (indicar datos del centro):					
	<input type="checkbox"/> En desplazamientos en su jornada laboral		<input type="checkbox"/> Al ir o al volver del trabajo, "in itinere"			
	(1) Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera del centro de trabajo, indicar dónde: Calle ..... N° ..... Localidad: ..... Provincia .....					
3. Datos del Accidente	Fecha del accidente:	Hora del accidente (1-24h):	Hora de trabajo (1ª, 2ª,...):	¿Era su trabajo habitual?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	<b>Descripción del accidente :</b> Debe hacerse de forma exhaustiva indicando de manera secuencial y según refiere el accidentado, describiendo: el lugar en que estaba el trabajador accidentado, qué estaba haciendo, cómo se produjo el accidente, agentes materiales asociados a cada una de las fases del accidente y cuáles fueron las consecuencias del mismo.					
	<b>ES MUY IMPORTANTE CUMPLIMENTAR LO MÁS DETALLADO POSIBLE ESTE APARTADO. Si el espacio es insuficiente adjunte la descripción en hoja aparte.</b>					
	Según refiere el empleado público: ..... ..... .....					
Testigos del accidente: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Indique: nombres, apellidos y teléfono: ..... .....				

Esta comunicación es extendida por D/Dª .....

con categoría de .....

Teléfono de contacto .....

En ..... a..... de..... de 20:....

#### FIRMA Y SELLO

#### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE:

- En los accidentes en el Centro de Trabajo se indicará el nombre de los testigos que presenciaron el accidente o tuvieron conocimiento inmediato del mismo.
- En los accidentes "in itinere" o en desplazamiento durante la jornada de trabajo se consignará obligatoriamente:
  - Tráfico: Cía. de seguros de los vehículos implicados y facilitar copia de los partes, así como del atestado policial o de guardia civil si lo hubiera.
  - En medios colectivos de transporte: tren, autobús o metro: será necesario que el trabajador comunique el accidente a la empresa de transportes.
  - En la vía pública: parte del SAMUR o SUMMA 112 si han intervenido, testigos del accidente o foto del objeto que ha provocado el accidente: zanja, socavón, rotura baldosas, etc.

<b>DESTINATARIO</b>	<b>Dirección General de Función Pública</b> <b>Empresa colaboradora de la Seguridad Social</b>	Plaza del Conde de Valle Súchil, 20. 28015-MADRID Tfno: 91 580 53 29 / 91 580 09 69 Fax: 91 580 29 37 / 91 580 09 73 www.madrid.org/upam
---------------------	---	---