

## ANEXO I

# FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

(Enviar al Área de Personal y al Servicio Propio de Prevención de Riesgos Laborales)

### Datos Relativos al Trabajador/a

Nombre		Edad	
Categoría Profesional		Trabajo que realiza	
Antigüedad		Teléfono	
		Telf. Móvil	

### Datos Relativos al Centro de Trabajo

Centro de Trabajo	
Servicio Departamento o Sección	
Dirección	
Localidad	

### Datos Relativos al Accidente

Accidente <input type="checkbox"/>	Incidente <input type="checkbox"/>						
Produce	Baja Laboral <input type="checkbox"/>	Pérdida jornada <input type="checkbox"/>	Asistencia <input type="checkbox"/>	Fecha		Hora	:
Descripción de la Lesión							
Gravedad Potencial de las lesiones			Posibilidad de Repetición del Accidente				
Muy Grave <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>	Frecuente <input type="checkbox"/>	Ocasional <input type="checkbox"/>	Rara <input type="checkbox"/>		
Lugar en que se produjo el accidente			Equipo/Objeto/Sustancia que causa la lesión				
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE							
CAUSAS POSIBLES DEL ACCIDENTE/INCIDENTE							
ACCIONES QUE SE HAN ADOPTADO O QUE SERÍA RECOMENDABLE ADOPTAR PARA EVITAR LA REPETICIÓN							

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Comunicado por: \_\_\_\_\_

En Calidad de: \_\_\_\_\_