



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Prevención de Riesgos Laborales

PARTE COMUNICACIÓN ACCIDENTE DE TRABAJO – INCIDENTE

COMUNICANTE:	
(Nombre, Departamento o Servicio; teléfono de contacto)	FECHA:

IDENTIFICACIÓN DEL/(OS) ACCIDENTADO/(S):		
	PDI	
	PAS FUNCIONARIO	
	PAS LABORAL	
	OTROS	
(Nombre, Departamento o Servicio; teléfono de contacto)		

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE – INCIDENTE:		
FECHA:	HORA DEL ACCIDENTE:	
EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN EL CENTRO DE TRABAJO HABITUAL	SI	NO
REALIZABA SUS FUNCIONES HABITUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA REQUERIDO ASISTENCIA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TESTIGOS:		

A RELLENAR SOLO POR EL SERVICIO DE PREVENCIÓN

Nº REGISTRO:		
CODIGO ACCIDENTE:		
SIN BAJA <input type="checkbox"/>	CON BAJA <input type="checkbox"/>	IN ITINERE <input type="checkbox"/>
RIESGO EVALUADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>