

# FAX

**Para:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Nº Páginas:** \_\_\_\_\_

**Telf.:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Asunto:** REMISION DE DATOS SOBRE ACCIDENTE DE TRABAJO

( ) Urgente ( ) Para revisar ( ) Para comentar ( ) Para contestar

TRABAJADOR/A: \_\_\_\_\_

Modalidad de organización preventiva (marcar con un aspa):

\_\_ Asunción personal por el empresario \_\_ Servicio de Prevención mancomunado

\_\_ Servicio de Prevención ajeno \_\_ Servicio de Prevención propio

\_\_ Trabajadores Designados \_\_ Ninguna

Fecha del accidente: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Fecha de la baja médica: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Lugar del accidente: \_\_\_\_\_

Situación exacta del accidente: \_\_\_\_\_

Hora del Accidente: \_\_: \_\_ h. Hora de trabajo del accidente (1ª, 2ª...):

Descripción del accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo en el momento del accidente:

\_\_\_\_\_

Actividad física que estaba realizando:

\_\_\_\_\_

Agente material de la Actividad física específica:

\_\_\_\_\_

Desviación (suceso anormal que ha que ha interferido negativamente en el trabajo):

\_\_\_\_\_

Agente material de la desviación:

\_\_\_\_\_

Descripción de la lesión:

\_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_

Agente material causante de la lesión: \_\_\_\_\_

Testigos del accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de asistencia sanitaria (mutua, hospital, etc):

\_\_\_\_\_

Firma y sello de la empresa: