

PLANTILLA DE RECOGIDA DE DATOS PARA TRAMITACIÓN PARTE ACCIDENTE
DE TRABAJO A TRAVÉS DE SISTEMA DELT@

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

¿Se ha realizado evaluación de riesgos en el puesto de trabajo? ☐ Sí ☐ No (marcar la opción correcta)

Fecha del accidente: / /

Fecha de la baja médica: / /

Situación exacta del accidente:

Hora del accidente: :

Hora del trabajo del accidente (1ª, 2ª, ...)

¿Realizaba su trabajo habitual? ☐ Sí ☐ No (marcar la opción correcta)

Descripción del accidente:

Lugar 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 interferido negativamente en el trabajo):

Agente material de la desviación:

PLANTILLA DE RECOGIDA DE DATOS PARA TRAMITACIÓN PARTE ACCIDENTE
DE TRABAJO A TRAVÉS DE SISTEMA DELTA

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

Nota Informativa: En el caso de que el accidente CONLLEVE LA EMISION DE BAJA LABORAL, el parte deberá remitirse a través del **SISTEMA DELTA** dentro de los **5 días hábiles** siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente o de la baja médica.

En el supuesto de accidente grave, muy grave, o mortal, la comunicación deberá realizarse Urgentemente en el plazo de 24 hs.

En el caso de que la empresa NO presentase el Parte de Accidente de Trabajo dentro del plazo estipulado constituirá una FALTA LEVE o GRAVE, dependiendo de la gravedad del accidente, que puede ser sancionada por la Inspección de Trabajo y Asuntos Sociales.