

INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

D^o/a _____ Tfn.: _____
Director/a de _____ C.P. _____
Dirección _____

INFORMA que (márquese lo que proceda)
 el personal perteneciente al régimen de Seguridad Social.
 el personal perteneciente al régimen Especial de MUFACE.

Nombre y Apellidos _____

D.N.I. _____ Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____

Nº Afiliación al Régimen de S.S. /MUFACE _____

Domicilio _____ Ciudad _____ CP _____

Teléfono _____ Móvil _____

Puesto de trabajo _____

Horario de trabajo : de las ____ horas a las ____ horas

sufrió un accidente laboral con las características y circunstancias siguientes:

Fecha del Accidente ____ / ____ / ____ Hora _____

Fecha de Baja Parte Médico ____ / ____ / ____

Lugar del accidente: _____

Descripción del accidente: _____

Lesiones (según diagnóstico) _____

Y para que conste, firmo y sello el presente en

a

El director del centro