Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament

Comunicat d'accident laboral

Dades del centre

Nom del centre _____ Codi ☐☐☐☐☐☐☐☐

Adreça _____

Localitat _____ CP _____

Telèfon _____ Fax _____ A/e _____

Delegació Territorial _____

Dades de l'accident

Data ___ /___ /____ Hora _____ Testimonis _____

Feina que efectuava _____

Lloc de l'accident (en cas que l'accident s'hagi produït fora del centre de treball habitual, cal indicar-ne el lloc exacte)

_____

Descripció de l'accident _____

Descripció dels danys materials _____

Dades de la persona accidentada *

NIF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Cognoms i nom _____

Data de naixement ___ /___ /_____

Personal: Propi: PAS ☐ Docent ☐ Subcontractat/ada (categoria): _____

Tipus de cobertura: SS ☐ MUFACE ☐

Assistència mèdica: Centre de treball ☐ Mútua ☐ Entitat MUFACE ☐ Altres entitats ☐

Descripció de la lesió o lesions que ha sofert i detall de la part o parts del cos que s'ha lesionat _____

_____

Data i signatura del/de la directora/a del centre (Segell del centre)

Signatura de la persona accidentada

* S'ha d'emplenar un comunicat per cada persona afectada

Espai reservat per al Servei de Prevenció de Riscos Laborals

Tipologia de l'accident Sense baixa ☐ Amb baixa ☐ Mortal ☐