

DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre y apellidos:	Edad:
Ocupación: <small>Ocupación según CNAE de la empresa</small>	Antigüedad en el puesto:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente:	Hora:		
Causa baja:	Sí No	¿Era su trabajo habitual?	Sí No
Gravedad según el parte del accidente:	Leve	Grave	Muy Grave Mortal
Tipo de accidente:	En el centro de trabajo habitual	En desplazamiento / in misión	In itinere
Lugar del accidente:	En otro centro / lugar de trabajo		
Testigos del accidente: <small>(Nombre y Apellidos)</small>			
Personas entrevistadas: <small>(Nombre y Apellidos)</small>			

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

CAUSAS DEL ACCIDENTE

MEDIDAS PREVENTIVAS PROPUESTAS

OBSERVACIONES

ANÁLISIS DOCUMENTAL

Plan de Prevención:
(Procedimiento de investigación de accidentes)

Sí No

Formación específica del trabajador accidentado:

Sí No

Evaluación de riesgos:

Sí No

Vigilancia de la salud:

Sí No

Control y seguimiento de las condiciones del puesto de trabajo

Sí No

Medidas de emergencia:

Sí No

Información al trabajador accidentado:

Sí No

Otros:

ANEXOS

TÉCNICO DE PRL

Nombre y apellidos:

Fecha: