

INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

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

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