

## COMUNICACION DE INCIDENTE

(Accidente de trabajo y Enfermedad profesional)

### 1.- DATOS DEL TRABAJADOR AFECTADO

Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	
DNI:	Teléf. de contacto:	Seguridad Social	<input type="checkbox"/>
		MUFACE	<input type="checkbox"/>

**Tipo de personal:** señale con X lo que proceda

<b>P.A.S.</b> <input type="checkbox"/>	Funcionario <input type="checkbox"/>	
	Interino <input type="checkbox"/>	
<b>DOCENTE</b> <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	
Cuerpo / especialidad	:	
Categoría profesional	:	

### 2.- DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR AFECTADO

Puesto de trabajo:	Centro de trabajo:	
	Código del Centro:	
Dirección:	Localidad:	Teléfono:
	C.Postal:	

### 3.- DATOS DE LA INCIDENCIA

Fecha de la incidencia:	Hora de la incidencia:
	Hora de inicio de la jornada de trabajo:
Lugar de la incidencia (centro de trabajo u otro):	

### 4.- DESCRIPCION DE LA INCIDENCIA

### 5.- TESTIGOS

Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	Teléf. de contacto:
Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	Teléf. de contacto:

### 6.- DATOS DE QUIEN CUMPLIMENTA ESTA NOTA

Cargo en el equipo Directivo :			
Nombre:	1er. Apellido:	2º Apellido:	Teléf. de contacto:

Fecha:

Firma: