Universidad Autónoma de Madrid

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE TRABAJO

DATOS DEL EMPLEADO/A			
APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI:
SEXO		CORREO ELECTRÓNICO	
COLECTIVO		TELÉFONO	
EDIFICIO		DPTO. / SERVICIO	

DATOS DEL ACCIDENTE	
FECHA:	HORA:
LUGAR:	
TESTIGOS:	

TIPO DE ACCIDENTE		
GOLPES Y ATRAPAMIENTOS ☐	EXPOSICIÓN A TEMPERATURAS EXTREMAS ☐	CONTACTOS ELÉCTRICOS ☐
INCENDIO Y EXPLOSIÓN ☐	AHOGAMIENTO O ASFIXIA ☐	AGRESIONES O DAÑOS CAUSADOS POR PERSONAS O ANIMALES ☐
EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS ☐	EXPOSICIÓN A AGENTES FÍSICOS ☐	EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS ☐
SOBREESFUERZO FÍSICO SOBRE EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO ☐	CONDICIONES ERGONÓMICAS AMBIENTALES Y DE DISEÑO ☐	CONDICIONES PSICOSOCIALES DEL PUESTO DE TRABAJO ☐

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DAÑOS EN LA SALUD

DAÑOS MATERIALES

EQUIPOS DE PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL DISPONIBLES (QUE GUARDEN RELACIÓN CON EL ACCIDENTE)

EQUIPOS DE PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL NECESARIOS (A JUICIO DE LA PERSONA COMUNICANTE)

FIRMA PERSONAL AFECTADO/RESPONSABLE