

|   |  |       |                 |
|---|--|-------|-----------------|
| <b>AYUNTAMIENTO DE ALMERIA</b><br><b>AREA DE PERSONAL</b> | <b>PPRL-1300 INVESTIGACION Y NOTIFICACION DE ACCIDENTES/INCIDENTES</b> |       |                 |
|   | <b>SERVICIO DE PREVENCIÓN</b>  |       |                 |
|   | Edición:   | Fecha | Página 20 de 22 |

**MODELO DE COMUNICACIÓN INTERNA DE ACCIDENTE DE TRABAJO 1/2**

**1. DATOS DEL ACCIDENTADO:**

APELLIDOS Y NOMBRE:.....  
 EDAD: ..... DNI: .....  
 PUESTO QUE OCUPA: .....  
 ANTIGUEDAD EN EL PUESTO .....  
 CENTRO DE TRABAJO: .....  
 AREA : ..... TELEFONO: ..... MOVIL: .....

**2. CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:**

FECHA ACCIDENTE ... /... /... HORA DEL DIA: ... / ... (1 A 24H). HORA DE TRABAJO:.../... (1ª. 2ª)  
 TAREAS QUE REALIZABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: .....  
 LUGAR DEL ACCIDENTE.....  
 CALLE (indicar nombre ).....  
 TAREA QUE REALIZABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE.....  
 PARTE DEL CUERPO LESIONADA.....  
 ¿NECESITO ASISTENCIA SANITARIA?....SI O NO ¿DONDE?.....  
**NECESARIO EN CASO AFIRMATIVO PRESENTAR INFORME DE ASISTENCIA** .....  
 ..

**3. ESTUDIO Y VALORACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO Y/O RESPONSABLE DE LA UNIDAD**

3.1 EL ACCIDENTE HA OCURRIDO POR: (SEÑALAR LA OPCION)

- ..... FALLO MECANICO
- ..... DETERIORO DEL AGENTE CAUSANTE DE ACCIDENTE
- ..... OBJETO/SUSTANCIA/EQUIPO QUE CAUSA DAÑO/LESION
- ..... ACCIDENTE CAUSAL
- ..... GOLPE CON HERRAMIENTA DE TRABAJO
- ..... AL IR/VOLVER DEL TRABAJO ( **NECESARIO PRESENTAR INFORME DE ATESTADO O ASISTENCIA SANITARIA QUE INDIQUE LA HORA DE ASISTENCIA O DEL ACCIDENTE**)
- ..... OTROS

3.2 DESCRIBIR CLARAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE.....  
 .....

3.3. INDICAR LOS MEDIOS DE PROTECCION UTILIZADOS .....

COMPAÑERO/ TESTIGO DEL ACCIDENTE, NOMBRE ,DNI, PUESTO.....  
 ..... FIRMA..Y FECHA.....

..  
 NOMBRE DEL ENCARGADO .....

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO.....  
FIRMA Y FECHA

La falsedad, la conducta dolosa y el descuido negligencia en la cumplimentación de esta comunicación interna de accidente de trabajo, tanto por parte del accidentado, como por el responsable de la unidad, dará lugar a la exigencia de las responsabilidades disciplinarias oportunas, conforme a lo previsto en la legislación vigente, sin perjuicio de cualesquiera otras que procedan.

La presente comunicación interna de accidente de trabajo tiene el carácter de documento público, gozando de la protección que le dispensa la legislación vigente, a efectos civiles, penales y administrativos

**DEBERAN REMITIR EL SERVICIO AL QUE PERTENEZCA EL ACCIDENTADO, CON LA MAYOR URGENCIA ESTA NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE EN LAS PRIMERAS 24 HORAS A ESTE SERVICIO DE PREVENCIÓN**

|   |  |       |                 |
|---|--|-------|-----------------|
| <b>AYUNTAMIENTO DE ALMERIA</b><br><b>AREA DE PERSONAL</b> | <b>PPRL-1300 INVESTIGACION Y NOTIFICACION DE<br/>ACCIDENTES/INCIDENTES</b> |       |                 |
|   | <b>SERVICIO DE PREVENCIÓN</b>  |       |                 |
|   | Edición:   | Fecha | Página 21 de 22 |

2/

#### 4. SERVICIO DE PREVENCIÓN

INFORME AL AREA SI NO

FECHA DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS: .../.../.....

CAUSÓ BAJA SI NO

INFORME DE CORRECCION MEDIDAS CORRECTORAS REMITIDAS AREA

ANALISIS DEL ACCIDENTE: .....

.....

.....

.....