

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Nº ____ / 20 __

Fecha de Comunicación del accidente: ___ / ___ / ____	Fdo.: Responsable inmediato del Trabajador (Sello y firma)
---	---

Datos del Trabajador accidentado

Nombre y Apellidos:	
Categoría:	NIF:
Telf.:	Correo Electrónico:
Unidad/Servicio:	Centro de Trabajo:
Para el trámite correcto como Accidente de Trabajo, el trabajador debe personarse y/o contactar obligatoriamente con uno de los centros de Mutua Universal en La Rioja	

Descripción del Accidente (a rellenar por el responsable):

Datos del Accidente:

Fecha Accidente: ___ / ___ / ____	Hora Accidente:	Horario laboral:
Testigos (si los hubiera):		Entrada ____:____h.
		Salida ____:____h.
Accidente en el centro de trabajo: SI / NO	Accidente in itinere / en circulación: SI / NO	
¿Ha recibido asistencia sanitaria? SI / NO ¿Dónde?		

Descripción de la lesión y tratamiento (a rellenar por el Facultativo):

Firma y sello del Facultativo