

CUESTIONARIO SOBRE EL ACCIDENTE LABORAL

PERSONAL PERTENECIENTE AL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y RÉGIMEN ESPECIAL DE MUFACE

APELLIDOS

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

D.N.I.

Nº AFILIACIÓN S.S/MUFACE

TFN:

MÓVIL

DOMICILIO

PROVINCIA

MUNICIPIO

C.P.

CENTRO DE TRABAJO:

Dirección del centro (calle, municipio y código postal)

Teléfono Centro

HORARIO DE TRABAJO

Fecha del Accidente:

Hora del accidente:

Fecha baja médica:

LUGAR DEL ACCIDENTE:

Provincia:

Municipio:

C.P.:

Especificar la calle, vía pública o punto kilométrico en caso de accidente de tráfico :

(caso de existir Parte de Declaración Amistosa o Atestado, mándenlos fotocopia del mismo)

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

¿Qué hacía exactamente en el momento del accidente?

¿Ha afectado a más de un trabajador?

Tipo de Lesión sufrida

¿Hay testigos del accidente?

Nombres:

Ha tenido asistencia de tipo :

HOSPITALARIA

AMBULATORIA

Si tuviera informe hospitalario deberá enviarnos copia del mismo.

FECHA

FIRMA: