

**IMPRÉS A OMLIR EN CAS D'ACCIDENT LABORAL O NO LABORAL / IMPRESO A
CUMPLIMENTAR EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL O NO LABORAL**

COS/CUERPO:	DESTINACIÓ: / DESTINO:
-------------	------------------------

1. ACCIDENT / ACCIDENTE:

LABORAL <input type="checkbox"/>	NO LABORAL <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------

2. TREBALLADOR / TRABAJADOR:

COGNOM 1r / APELLIDO 1º:	COGNOM 2n: / APELLIDO 2º:	NOM / NOMBRE:	DNI:
--------------------------	---------------------------	---------------	------

DOMICILI / DOMICILIO:

MUNICIPI / MUNICIPIO:	PROVÍNCIA / PROVINCIA:	C.P.
-----------------------	------------------------	------

TELÈFON / TELÉFONO:	NÚM. SS / MUGEJU / Nº SS / MUGEJU:
---------------------	------------------------------------

3. LLOC I CENTRE DE TREBALL ON HA OCORREGUT L'ACCIDENT (només a omplir en cas d'accident laboral). / **LUGAR Y CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE:** (solo a cumplimentar en caso de accidente laboral)

LLOC DE L'ACCIDENT / LUGAR DEL ACCIDENTE:

En el centre de treball habitual. / En el centro de trabajo habitual.

En desplaçament en la seua jornada laboral. / En desplazamiento en su jornada laboral.

En anar o tornar del treball (in itinere). / Al ir o al volver del trabajo (in itinere)

DATA DE L'ACCIDENT / FECHA DEL ACCIDENTE:

DIA/DÍA	MES	ANY /AÑO
---------	-----	----------

FECHA DE BAJA MÉDICA

DIA/DÍA	MES	ANY/AÑO
---------	-----	---------

DIA DE LA SETMANA DE L'ACCIDENT / DIA DE LA SEMANA DEL ACCIDENTE

HORA DE L'ACCIDENT / HORA DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓ DE L'ACCIDENT: / DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: