



Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica
Secretaría General

PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

1. DATOS DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS								
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PROVINCIA/ LOCALIDAD	CENTRO	SERVICIO O UNIDAD	PUESTO DE TRABAJO	RGSS		MUFACE
						MUTUA	SACYL	

2. DATOS DEL SUCESO		Fecha:
		Hora del día (1-24):
CENTRO:		
DIRECCIÓN:		
LOCALIDAD:		
PROVINCIA:		
En el centro o lugar de trabajo habitual		Breve descripción del suceso:
En otro centro o lugar de trabajo		
En desplazamiento en su jornada laboral		
“in itinere”		
Testigos presenciales	D/Dña: D/Dña:	D/Dña: D/Dña:

3. ASISTENCIA MÉDICA	NO	Centro asistencial/servicio:	
	SI		
PRECISA BAJA			NO
			SI

A fin de conocer las circunstancias del mismo, llamar al siguiente número de contacto:
donde será atendido por D./Dña.

En _____ a _____ de _____ de _____

Cargo:
Firmado: