



Full de notificació d'accident, incident laboral o malaltia professional

Dades del centre de treball

Codi Nom Municipi

- Serveis Centrals
 Serveis Territorials a _____
 Consorci d'Educació de Barcelona

Dades de la persona (s'ha d'emplenar un full per persona afectada)

Nom i cognoms DNI/NIE/Passaport

Data de naixement Cos / categoria al qual pertany Lloc de treball Antiguitat en el lloc

Personal propi

- PAS
 Docent

Relació laboral

- Funcionari de carrera
 Funcionari interí
 Personal laboral
 Altres (especifiqueu-ho):

Personal extern. Empresa a la qual pertany:

Tipus de cobertura mèdica

- SS
 MUFACE (especifiqueu l'entitat mèdica):

Assistència mèdica

- Centre de treball (farmaciola)
 Mútua d'accidents
 Entitat MUFACE
 Centre d'assistència primària
 Hospital

Gravetat (si es disposa de la informació)

- Lleu
 Greu
 Molt greu
 Mortal

Descripció de les lesions i de la part o parts del cos que s'ha lesionat

Data de la baixa mèdica o llicència per malaltia

Hospitalització (nom del centre) Població Telèfon



Dades de l'esdeveniment

Accident de treball Possible malaltia professional Incident laboral Recaiguda

Accident in itinere Forma de desplaçament: _____

Data Hora del dia Hora de la jornada Treball habitual: Sí No

Descripció detallada i acurada dels fets

Lloc on es trobava la persona accidentada o lloc de l'esdeveniment

Centre habitual En un altre centre Desplaçament en jornada In itinere

Indiqueu-ne el lloc exacte: _____

Tipus o procés de feina que realitzava

Activitat física que realitzava (Ex. caminar, pujar escales)

Element que ha originat la lesió (Ex.: eina tallant, porta, esglaó...)

Com s'ha lesionat

Descripció de l'element que ha originat la lesió (Ex.: terra relliscós, esglaons mullats, sòl amb sorra...)

Indiqueu si l'accident ha afectat més d'un treballador

Sí No NS/NC

Descripció dels danys materials

Testimonis (nom i càrrec)

Signatura del director / de la directora del centre o persona responsable de la unitat

Segell del centre o de la unitat

Nom i cognoms

Data de lliurament (Cal lliurar-ne una còpia signada a l'afectat i l'altra conservar-la al centre)

D'acord amb l'article 5è de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades que se sol·liciten en aquest imprès seran incorporades al fitxer "Prevenició de Riscos", responsabilitat de la Direcció General de Recursos del Sistema Educatiu, amb la finalitat d'exercir les competències i obligacions relatives a la prevenció de riscos laborals i de vigilància de la salut del Departament d'Educació. S'autoritza expressament al responsable del fitxer el tractament de les dades amb la finalitat indicada. La persona afectada pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Subdirecció General de Seguretat i Salut: Via Augusta 202-226, 08021 Barcelona.

Espai reservat per al Servei de Prevenció de Riscos Laborals

Accident sense baixa Accident amb baixa Accident mortal

Incident

Malaltia professional

Recaiguda

Data de recepció per la unitat