UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

SEPRUMA
SERVICIO SANITARIO
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

SEPRUMA - SERVICIO SANITARIO
Facultad de Medicina - Campus de Teatinos

AT Nº: AÑO:

TRABAJADOR/A

NOMBRE Y APELLIDOS		MUFACE ☐ S. SOCIAL ☐	DNI	TELÉFONO
CENTRO DE TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO	PUESTO DE TRABAJO	PTGAS ☐ PDI ☐ PIF ☐	

LUGAR DEL ACCIDENTE

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE

CENTRO DE TRABAJO ☐	IN ITINERE ☐	DESPLAZAMIENTO ☐	OTRO CENTRO ☐	FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE ☐ : ☐
En caso de Accidente In Itinere, en desplazamiento o en otro centro de trabajo, indique DIRECCIÓN					

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (Por favor, detalle lo máximo posible, cómo sucedió, actividad que realizaba, dónde, herramientas utilizadas, EPIs, partes del cuerpo lesionadas, testigos, etc.)