



<b>1. DATOS DEL TRABAJADOR</b>	Apellido 1º : ..... Apellido 2º : ..... Nombre : ..... Sexo: Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2					
	Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1) .....		Fecha ingreso en la empresa .....		Fecha nacimiento .....	
Identificador Persona Física (IPF) (3) .....		Ocupación del trabajador: (4) .....		CNO-94 .....		
Situación profesional (marque con X la que corresponda): <input type="checkbox"/> Asalariado sector privado <input type="checkbox"/> Asalariado sector público <input type="checkbox"/> Autónomo sin asalariados <input type="checkbox"/> Autónomo con asalariados		Antigüedad puesto trabajo (5) ..... meses ..... días .....		Tipo contrato (6) .....		
Régimen Seguridad Social (7) .....		Convenio aplicable: .....		Epígrafe de AT y EP .....		
Domicilio: .....		Teléfono: .....		Provincia: ..... Municipio: ..... Código Postal: .....		
<b>2. EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA S.S.</b>	Nombre o Razón Social: .....		CIF o NIF (8) .....		Código C. Cotización en la que está el trabajador (9) .....	
	Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.): .....					
	Provincia: ..... Municipio: .....		Código Postal: .....		Teléfono: .....	
	Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10) : .....					
Marque si actuaba en el momento del accidente como: <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> Empresa de Trabajo Temporal						
¿Cuál o cuales de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? :						
<input type="checkbox"/> Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa		<input type="checkbox"/> Servicio de prevención propio		<input type="checkbox"/> Servicio de prevención ajeno		
<input type="checkbox"/> Trabajador(es) designado(s)		<input type="checkbox"/> Servicio de prevención mancomunado		<input type="checkbox"/> Ninguna		
<b>3. LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE</b>	<b>Lugar del accidente:</b> <input type="checkbox"/> En el centro o lugar de trabajo habitual <input type="checkbox"/> En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> En desplazamiento en su jornada laboral (*) <input type="checkbox"/> Al ir o al volver del trabajo, "in itinere" (*)					
	(*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual					
	<input type="checkbox"/> Además, marque si ha sido accidente de tráfico					
	Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:					
	País: .....		Provincia: ..... Municipio: .....		Calle y número: .....	
Vía pública y punto kilométrico: .....		Otro lugar (especificar): .....				
<b>Centro de trabajo</b>						
<input type="checkbox"/> Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)						
<input type="checkbox"/> Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)						
<input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata → CIF o NIF .....		<input type="checkbox"/> Usuaría de ETT → CIF o NIF .....		<input type="checkbox"/> Otra → CIF o NIF .....		
<b>Datos del centro:</b> (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)						
Nombre o Razón Social: .....		Domicilio: .....		Provincia: .....		
Municipio: .....		Código Postal: .....		Teléfono: .....		
Plantilla actual del Centro (12) .....		Código Cuenta Cotización .....		Actividad económica principal del centro (13) : .....		
CNAE-93 .....						
<b>4. ACCIDENTE</b>	Fecha del accidente (día/mes/año) .....		Fecha de Baja Médica .....		Día de la semana del accidente .....	
	Hora del día del accidente ..... (1 a 24)		Hora de trabajo (14) ..... (1ª, 2ª, etc.)		Era su trabajo habitual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente					
	Descripción del accidente (15) : .....					
	¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) : .....					
	¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) : .....					
	¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18) : .....					
	Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) : .....					
	¿Qué hecho <b>anormal</b> que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) : .....					
	Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) : .....					
¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) : .....						
Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (23) : .....						
<input type="checkbox"/> Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador <input type="checkbox"/> Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24) .....						
<b>5. ASISTENCIALES</b>	Descripción de la lesión (25) : .....					
	Grado de la lesión (26): Leve <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Muy grave <input type="checkbox"/> 3 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 Parte del cuerpo lesionada (25) : .....					
	Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) : .....					
	Marque el tipo de asistencia sanitaria (27) : Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento: .....						
<b>6. ECONÓMICOS</b>	<b>A) Base de cotización mensual:</b>		<b>B) Base de cotización al año (4):</b>		<b>C) Subsidio: Promedio diario</b>	
	-En el mes anterior (1) .....		B1.- por horas extras .....		-Base reguladora A .....	
	-Días cotizados (2) .....		B2.- por otros conceptos .....		-Base reguladora B .....	
-Base reguladora A (3) .....		Total B1 + B2 .....		Total B.R. diaria (6) .....		
		Promedio diario base B (5) .....		Cuantía del subsidio 75% (7) .....		

Don/Doña: ..... en calidad de ..... de la empresa, expide el presente parte en ..... a ..... de ..... de 20... (firma y sello)

Entidad gestora o colaboradora nº:

**AUTORIDAD LABORAL**  
(Sellado y fechado)

Nº Expediente