

 UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS Y FORMACIÓN	Referencia:

DATOS DE LA COMUNICACIÓN		
Cumplimentado por(Nombre y apellidos):		
Fecha:	Teléfono:	Centro:
Servicio/Departamento:		
¿Afecta a más de un trabajador?: <input type="checkbox"/> ¿A cuántos? <input type="checkbox"/> ¿Es una Recaida?: <input type="checkbox"/>		

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO	
Nombre y apellidos:	
Edad:	Teléfono:
Colectivo de la UCO:	
<input type="checkbox"/> P.A.S.	Tipo de Contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> P.D.I.	
<input type="checkbox"/> Personal contratado	
<input type="checkbox"/> Becario	
<input type="checkbox"/> Alumno	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)_____.	
Puesto de trabajo que ocupa:	Antigüedad:

DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO		
Edificio/Centro:		
Servicio/Departamento:		
Lugar:		
<input type="checkbox"/> En el centro de trabajo habitual		
<input type="checkbox"/> En otro centro de trabajo (especificar:_____.)		
<input type="checkbox"/> En desplazamiento durante su jornada laboral		
<input type="checkbox"/> Al ir o volver al trabajo "in itinere"		
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)_____.		
Fecha: Día de la semana:	Hora del día:	Hora de la jornada:
Breve descripción del accidente:		

NOTA: este parte de comunicación de accidentes de trabajo se remitirá por correo interno o electrónico a la dirección del Servicio de Prevención de Riesgos y Formación de la UCO.