

ANEXO C06. 6.2. COMUNICACIÓN DE INCIDENTES

DATOS DEL TRABAJADOR/A

Situación laboral: Funcionario (Fijo Interino) Laboral (Fijo Temporal)

DNI: _____

Nombre y Apellidos: _____

Puesto de trabajo: _____

Consejería: _____

Dirección Gral.: _____

Servicio: _____

Centro: _____

Teléfonos: Centro: _____ **Particular:** _____

DATOS DEL INCIDENTE

Antigüedad en el puesto de trabajo _____ Trabajador/a especialmente sensible: SI NO

Lugar del incidente: En el centro de trabajo habitual Desplazamiento en su jornada laboral
Al ir o volver del trabajo En otro centro o lugar de trabajo

Fecha del incidente: Día _____ Mes _____ Año _____ Día de la semana: _____

Hora del incidente (1h a 24h): _____ Hora de trabajo (1ª, 2ª ...) _____

Descripción del incidente: _____

TESTIGOS

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono: _____

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono: _____

¿Ha podido causar un accidente? Sí NO

Posibilidad de repetición del incidente: Alta Media Baja

¿Se han tomado medidas para evitar su repetición? Sí NO

Especificar cuáles: _____
