PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO (Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)

PAT			Accidente 1	Recaída 2]				
1 DATOS DEL TF	RABAJADOR								
Apellido 10 ·		Apellido 20 ·		Nombre :			Sexo: Varón	1 Mujer 2	
Nº Afiliación Segurida Lidentificador Persona	d Social (NAF) (1)	Fecha ingreso en	la empresa	Fecha nacimien	ito Nacio	onalidad (2) ola D Otra		(5) Tipo contrato (
Situación profesional:		Asalariado	sector privado	Autónomo s	sin asalariados				
Régimen Seguridad S Domicilio:		Convenio aplica	sector público ble : o: Prov			Ocupad		ón AT/EP	
2 EMPRESA EN I	_A QUE EL TRA	BAJADOR ESTÁ	DADO DE ALTA EI	N LA SEGURIDAD S	SOCIAL				
Nombre o Razón Soci				CIF o N	IIF (8)	Código C. Co	otización en la que	e está el trabajador (9	
Domicilio que correspo	onde a esa Cuenta	de Cotización (C.C.)		1.1		Provincia:			
Municipio:Actividad económica p				Código Postal:	CI		fono:lantilla correspon	diente a esa C.C (11	
Actuaba en el mome	nto del accidente co	omo: Contrata	o subcontrata S	I NO Empre	esa de Trabajo T	emporal	□ SI □ NO		
	_	_	anización preventiva ad		a?:	Пан			
	ión personal por el tividad preventiva d		propio propio	☐ Servicio de prevención ☐ Servicio de prevención propio ☐ ajeno					
☐ Trabajador(es) designado(s)			☐ Servicio de prevención mancomunado ☐ Ninguna						
3 LUGAR Y/O CE	ENTRO DE TRAE	BAJO DONDE HA	A OCURRIDO EL AC	CCIDENTE					
Lugar del accidente:	□ si □no	casos, los datos de Además, marque	En otro centro o lugar de trabajo l centro se cumplimenta si ha sido accidente de un centro de trabajo, in	su jo arán con los correspond e tráfico		de trabajo ha		•	
kilométrico), otro luga		ar ubicado luera de	un centro de trabajo, in	dicar su situación exact	ta (pais, provinci	a, municipio,	calle y numero, v	a publica o punto	
	Calle y número:		a:	Vía	pública y punto k	ilométrico:			
CENTRO DE TRABA	JO								
El centro de trab	pajo	a la empresa en la	que está dado de alta	el trabajador (empresa	del apartado 2)				
En caso negativ	o, indicar a continu	ación su relación cor	n la empresa del aparta	do 2					
☐ Contrata o subcontrata			Ĺ						
	☐ Usuaria de ETT		CIF o NIF						
	□ Otra								

DATOS DEL CENTRO : (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: Provincia: Código Postal: Teléfono: Plantilla actual del Centro (12) Código Cuenta Cotización Actividad económica principal del centro (13) : CNAE 4.- ACCIDENTE Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Hora de trabajo (14) Era su trabajo habitual |2|1|1|1|2|0|2|3| | 2|0 **|** 1|1 | 2|0 | 2|3 | Lunes ⊠ sı □ № ⊠ si □ no Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente Descripción del accidente (15) :... Un trabajador con una antigüedad de 8 meses (contratado desde el 01/03/2023) viajaba en su vehículo particular hacia una obra cuando fue embestido en una intersección por otro coche. Sufrió contusiones leves en la cabeza y el tórax. ¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) :..... Vehículo particular en desplazamiento ¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) :... Traslado a un lugar de trabajo asignado ¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fís. específica) (18) : Estaba realizando la conducción del vehículo particular Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19): Vehículo particular ¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20):(20) Colisión con otro vehículo en una intersección Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) :... Otro vehículo implicado en la colisión ¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) :.....Impacto durante la colisión vehicular Aparato o agente material causante de la lesión (23) :.....Vehículo en el accidente de tráfico ☐ SI ☒ NO Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador SI 🗵 NO Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24):..... 5.- ASISTENCIALES Contusiones leves en la cabeza y el tórax Descripción de la lesión (25) :. Grado de la lesión (26): Leve 1 X Grave 2 Fallecimiento 4 Muy grave 3 Parte del cuerpo lesionada (25) :....Cabeza y tórax... Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) :..... Ambulatoria Marque el tipo de asistencia sanitaria (27) : Hospitalaria X 6.- ECONÓMICOS Base de cotización mensual : B) Base de cotización al año (4): C) Subsidio: -En el mes anterior (1) B1.- por horas extras Promedio diario -Base reguladora A -Días cotizados (2) B2.- por otros conceptos -Base reguladora A (3) Total B1 + B2 -Base reguladora B..... Promedio diario base B (5) Total B.R. diaria (6) Cuantía del subsidio 75% (7) ENTIDAD N º AUTORIDAD LABORAL Don/Doña: (Sellado y fechado) en calidad de, de la empresa, expide el presente parte en Nº EXPEDIENTEdede Nº EXPEDIENTE (firma y sello)