

Informe N°		Centro:	
------------	--	---------	--

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Trabajador			
Dni			
Sexo			
Fecha 1r ingreso en la empresa			
Nacionalidad		Antigüedad acumulada:	meses
Fecha nacimiento			
Años			
Departamento			
Puesto de trabajo			
Teléfono particular			
Tipo de contrato			

2. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre empresa	SERVICIOS Y CONCESIONES MARITIMAS IBICENCAS S.A.
Centro de trabajo	
Modalidad preventiva	Mixta: Trabajador designado + SPA

3. LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE

<input type="radio"/> En el propio centro:	
<input type="radio"/> En otro Centro de trabajo:	
<input type="radio"/> In Itinere:	
<input type="radio"/> Desplazamiento entre centros:	

4. DATOS DEL SUCESO /1

Tipo de suceso			
Fecha del suceso			
Fecha de la baja médica			
Día del suceso			
Hora del suceso		Hora trabajada	
Estaba realizando su trabajo habitual			
Día del último descanso			
De hace cuantas semanas			
Dispone de Ev. de riesgos del puesto			
La evaluación contempla el este riesgo			
Es una recaída		Fecha accidente inicial	

4. DATOS DEL SUCESO /2

Descripción del suceso (Breve descripción de los hechos y forma en la que se produjo el suceso)

Tipo de lugar

Zona donde se produce el suceso

Observaciones del lugar

Procesos de trabajo

Observaciones al proceso de trabajo

Tipo de actividad

Observaciones al tipo de actividad

Agente material asociado a la actividad

Obser. al agente asociado a la actividad

Tipo de desviación producida

Obser. la observación producida

Agente material asociado a la desviac.

Observ. agente asociado a la desviac.

Forma de contacto

Observaciones a la forma de contacto

Agente material causante de la lesión

Observ. al agente causante de la lesión

Núm. de trabajadores afectados

Declaración del protagonista (esposición de lo que cuenta el trabajador accidentado)

Hubo testigos

**Nombres, puestos de trabajo y
telefonos de los testigos**

Declaración de los testigos

5. DATOS ASISTENCIALES

Descripción de la lesión

Grado de la lesión

Parte del cuerpo lesionada

Ha sido necesaria su evacuación

Lugar al que ha sido evacuado

Ha sido asistido en un centro médico

Nombre y detalles del centro médico

Recon. medico de reincorporación

Recon. medico previo (fecha)

Modelo según Orden T.A.S./2926/2002

6. DATOS DEL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

Ha recibido información específica en PRL de su puesto de trabajo (art. 18 LPRL)	
Ha recibido formación específica en PRL de su puesto de trabajo (art. 19 LPRL)	
Protección colectiva disponible	
Protección colectiva necesaria	
Observaciones a la protección colectiva	
Protección individual disponible	
Protección individual necesaria	
Observaciones a la protección individual	
¿Que causó directamente este accidente / incidente?	
¿Por qué se produjeron las causas anteriores?	
¿Quien tenía más control sobre las causas?	
¿Qué conclusiones se obtienen del análisis del accidente-incidente?	
¿Qué medidas preventivas y de protección deberán adoptarse?	
Valoración de la eficacia de las medidas	

7. HISTÓRICO ACCIDENTES E INCIDENTES

Ha tenido accidentes los últ. 12 meses	
¿En que puesto se produjeron?	
¿Qué operaciones realizaba?	
¿Cuáles fueron sus causas?	
¿Qué medidas se adoptaron?	

8. FECHAS Y FIRMAS

Persona que realiza el análisis del suceso:	
Nombre y apellidos	
Cargo:	
Fecha Investigación	
Fecha cumplimentación	
Revisado por:	Fdo:
Nombre y apellidos / Cargo	
Fecha revisión	
	Fdo: