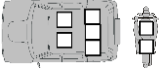
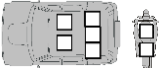


PARTE DE ACCIDENTE



Policía Local Leganés

Fecha:		Hora:		Dotación:		Nº Vehículos:		Nº Hoja:	/					
Dirección:						Nº Heridos:		Nº Testigos:						
Tipo de Accidente:						Agentes Atestados:	Agentes Actuantes:							
<input type="checkbox"/> Colisión	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Atropello	<input type="checkbox"/> Salida de Vía	<input type="checkbox"/> Vuelco	<input type="checkbox"/> Otro tipo	28074 _____	28074 _____							
<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Vehículo estacionado	<input type="checkbox"/> Peatón	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Campana	<input type="checkbox"/> Caída Motorista	28074 _____	28074 _____							
<input type="checkbox"/> Frontolateral	<input type="checkbox"/> Valla de defensa	<input type="checkbox"/> Animal suelto	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> En tonel	<input type="checkbox"/> Caída interior de autobús	28074 _____	28074 _____							
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Otro objeto/materia	<input type="checkbox"/> Peatón con bicicleta	<input type="checkbox"/> Invasión de otra vía o calzada		<input type="checkbox"/> _____									
<input type="checkbox"/> Alcance														
VEHÍCULO A	Marca y Modelo:			Tipo:		Color:								
Matrícula:	Fecha de matriculación:		ITV:	<input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Caducada <input type="checkbox"/> Se desconoce		Desde: / / Hasta: / /								
Titular:						DNI/NIE:								
Domicilio:				Municipio (Provincia):										
Daños en vehículo: <input type="checkbox"/> Siniestro <input type="checkbox"/> Daños de consideración <input type="checkbox"/> Daños de escasa consideración <input type="checkbox"/> Sin daños														
CONDUCTOR:	<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> Vehículo sin conductor			AM	A1	A2	A	B	C1	C	D1	D	E	Licencia <input type="checkbox"/>
Nombre:			Apellidos:						Teléfono:					
Fecha y lugar de nacimiento:				Nº DNI/NIE/Permiso conducir:			Fecha Expedición:			Expedido en:				
Domicilio:				Municipio (Provincia):										
Vigencia permiso:				Lesiones: No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>										
Desde: / / Hasta: / /				Trasladado a: Dotación:										
Restricciones:				Elemento de seguridad (cinturón) / Casco: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
INFRACCIONES:												Saldo puntos:		
SEGURO:	Compañía:			Nº Póliza:										
Vigencia: / / al / /			Modalidad:			Grúa:								
VEHÍCULO B	Marca y Modelo:			Tipo:		Color:								
Matrícula:	Fecha de matriculación:		ITV:	<input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Caducada <input type="checkbox"/> Se desconoce		Desde: / / Hasta: / /								
Titular:						DNI/NIE:								
Domicilio:				Municipio (Provincia):										
Daños en vehículo: <input type="checkbox"/> Siniestro <input type="checkbox"/> Daños de consideración <input type="checkbox"/> Daños de escasa consideración <input type="checkbox"/> Sin daños														
CONDUCTOR:	<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> Vehículo sin conductor			AM	A1	A2	A	B	C1	C	D1	D	E	Licencia <input type="checkbox"/>
Nombre:			Apellidos:						Teléfono:					
Fecha y lugar de nacimiento:				Nº DNI/NIE/Permiso conducir:			Fecha Expedición:			Expedido en:				
Domicilio:				Municipio (Provincia):										
Vigencia permiso:				Lesiones: No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>										
Desde: / / Hasta: / /				Trasladado a: Dotación:										
Restricciones:				Elemento de seguridad (cinturón) / Casco: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
INFRACCIONES:												Saldo puntos:		
SEGURO:	Compañía:			Nº Póliza:										
Vigencia: / / al / /			Modalidad:			Grúa:								

OTROS IMPLICADOS:		VEHÍCULO A <input type="checkbox"/>		VEHÍCULO B <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>			
Ocupante <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Testigo <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>				Teléfono:					
Nombre:		Apellidos:			DNI/NIE/Pasaporte:				
Fecha nacimiento:		Lugar:		Hijo de:					
Domicilio:				Municipio (Provincia):					
Posición en vehículo: 		Elemento de seguridad (cinturón/silla homologada) / Casco: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lesiones: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Trasladado a: Dotación:		Observaciones:			
OTROS IMPLICADOS:		VEHÍCULO A <input type="checkbox"/>		VEHÍCULO B <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>			
Ocupante <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Testigo <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>				Teléfono:					
Nombre:		Apellidos:			DNI/NIE/Pasaporte:				
Fecha nacimiento:		Lugar:		Hijo de:					
Domicilio:				Municipio (Provincia):					
Posición en vehículo: 		Elemento de seguridad (cinturón/silla homologada) / Casco: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		9 Lesiones: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Trasladado a: Dotación:		Observaciones:			
				CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:					
				Luminosidad: <input type="checkbox"/> Pleno día-Luz solar <input type="checkbox"/> Amanecer <input type="checkbox"/> Atardecer <input type="checkbox"/> Noche-iluminación <input type="checkbox"/> Noche-sin iluminación <input type="checkbox"/> Sin iluminación		Circulación: <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Fluida <input type="checkbox"/> Densa/Intensa <input type="checkbox"/> Congestionada <input type="checkbox"/> Nula		Estado superficie: <input type="checkbox"/> Seca y limpia <input type="checkbox"/> Mojada <input type="checkbox"/> Encharcada <input type="checkbox"/> Hojas/Gravilla/Barro <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve <input type="checkbox"/> Aceite	
				Fact. Atmosféricos: <input type="checkbox"/> Despejado/Buen día <input type="checkbox"/> Nublado <input type="checkbox"/> Lluvia débil <input type="checkbox"/> Lluvia fuerte <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Granizando/Nevando		Trazado vía: <input type="checkbox"/> Tramo recto <input type="checkbox"/> Tramo en curva <input type="checkbox"/> Intersección <input type="checkbox"/> Isleta <input type="checkbox"/> Tramo llano <input type="checkbox"/> Pendiente/Rampa		Características de la vía: <input type="checkbox"/> Sentidos de la vía <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> N° Calzadas <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> N° Carriles <input type="checkbox"/> Sentido ascendente: ____ <input type="checkbox"/> Sentido descendente: ____	
				Restricc. de visibilidad: <input type="checkbox"/> Edificios <input type="checkbox"/> Vegetación/Árboles <input type="checkbox"/> Factor atmosférico <input type="checkbox"/> Vehículo parado <input type="checkbox"/> Polvo/Humo <input type="checkbox"/> Otras: _____		Pavimento: <input type="checkbox"/> Aglomerado Asfál. <input type="checkbox"/> Adoquines <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Hormigón <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Losetas		Estado del Pavimento: <input type="checkbox"/> Buen estado <input type="checkbox"/> Agrietado <input type="checkbox"/> Desgastado por uso <input type="checkbox"/> Bacheado <input type="checkbox"/> Mala cimentación <input type="checkbox"/> Re-asfaltado	
				Señalización: <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Semáforos <input type="checkbox"/> Circunstancial <input type="checkbox"/> Balizamiento <input type="checkbox"/> Agentes		Huellas y Vestigios: <input type="checkbox"/> Huellas de frenada <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Piezas vehículo <input type="checkbox"/> Otras huellas de Neumático. <input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Huellas de fricción <input type="checkbox"/> Surcos/Hendiduras <input type="checkbox"/> Materiales de la vía <input type="checkbox"/> Sangre y/o ropa <input type="checkbox"/> Restos infraestructura	
				POSIBLES FACTORES CONCURRENTES: <input type="checkbox"/> Distracción/Desatención <input type="checkbox"/> Velocidad inadecuada <input type="checkbox"/> Infracción a norma de circulación <input type="checkbox"/> No mantener intervalo de seguridad <input type="checkbox"/> Adelantamiento antirreglamentario <input type="checkbox"/> Giro incorrecto <input type="checkbox"/> Conducción negligente <input type="checkbox"/> Conducción temeraria <input type="checkbox"/> Irrumpir animal <input type="checkbox"/> Irrumpir peatón en calzada <input type="checkbox"/> Alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Estado de la vía <input type="checkbox"/> Meteorología adversa <input type="checkbox"/> Cansancio/Sueño <input type="checkbox"/> Inexperiencia del conductor <input type="checkbox"/> Avería mecánica <input type="checkbox"/> Tramo en obras <input type="checkbox"/> Mal estado del vehículo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Estado o condición de la señalización <input type="checkbox"/> Obstáculo en la calzada <input type="checkbox"/> Otras causas:					
Observaciones:				Daños Mobiliario Urbano (Patrimonio):					
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:				Intervienen / Colaboran:					
				<input type="checkbox"/> Bomberos <input type="checkbox"/> Grúas <input type="checkbox"/> CNP <input type="checkbox"/> Guardia Civil <input type="checkbox"/> Ambulancias <input type="checkbox"/> Servicio limpieza <input type="checkbox"/> Otros					
				FIRMA AGENTES:					
				CP: 28074 28074					