



Full de notificació d'accident, incident laboral o malaltia professional

Dades del centre de treball

Codi	Nom	Municipi
<input type="checkbox"/>	Serveis centrals	
<input type="checkbox"/>	Serveis Territorials a _____	
<input type="checkbox"/>	Consorti d'Educació de Barcelona	

Dades de la persona (s'ha d'emplenar un full per persona afectada)

Nom i cognoms		DNI/NIE/Passaport
Data de naixement	Cos o categoria a què pertany	Antiguitat en el lloc
Personal propi		
<input type="checkbox"/> PAS		
<input type="checkbox"/> Docent		
Relació laboral		
<input type="checkbox"/> Funcionari/ària de carrera		
<input type="checkbox"/> Funcionari/ària interí/ina		
<input type="checkbox"/> Personal laboral		
<input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-la):		
Personal extern (indiqueu el nom de l'empresa en què presta el servei)		
<input type="checkbox"/> Personal extern		
Empresa a la qual pertany:		
Tipus de cobertura mèdica		
<input type="checkbox"/> Seguretat Social		
<input type="checkbox"/> MUFACE (especifiqueu l'entitat mèdica):		
Assistència mèdica		
<input type="checkbox"/> Centre de treball (farmaciola)		
<input type="checkbox"/> Mútua d'accidents		
<input type="checkbox"/> Entitat MUFACE		
<input type="checkbox"/> Centre d'assistència primària		
<input type="checkbox"/> Hospital		
Gravetat (si es disposa de la informació)		
<input type="checkbox"/> Lleu		
<input type="checkbox"/> Greu		
<input type="checkbox"/> Molt greu		
<input type="checkbox"/> Mortal		
Descripció de les lesions i de la part o parts del cos que s'ha lesionat		

Data de la baixa mèdica o llicència per malaltia

Hospitalització (nom del centre)	Població	Telèfon
----------------------------------	----------	---------

Dades de l'esdeveniment

Accident de treball Possible malaltia professional Incident laboral Recaiguda

Accident *in itinere* Forma de desplaçament: _____

Data Hora del dia Hora de la jornada Treball habitual: Sí No

Descripció detallada i acurada dels fets

Lloc on es trobava la persona accidentada o lloc de l'esdeveniment

Centre habitual En un altre centre Desplaçament en jornada *In itinere*

Indiqueu-ne el lloc exacte: _____

Tipus o procés de feina que feia

Activitat física que feia (p. ex.: caminar, pujar escales...)

Element que ha originat la lesió (p. ex.: eina tallant, porta, esglaó...)

Com s'ha lesionat

Descripció de l'element que ha originat la lesió (p. ex.: terra relliscós, esglaons mullats, sòl amb sorra...)

Indiqueu si l'accident ha afectat més d'un treballador/a

Sí No NS/NC

Descripció dels danys materials

Testimonis (nom i càrrec)

Signatura del director/a del centre o responsable de la unitat

Segell del centre o de la unitat

Nom i cognoms

Data de lliurament (Cal lliurar-ne una còpia signada a l'afectat; l'altra cal conservar-la al centre)

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Secretaria General.

Finalitat: Prevenció de riscos laborals.

Legitimació: Compliment d'una obligació legal.

Destinataris: Les dades es comunicaran als encarregats de tractament que proveeixen les unitats de prevenció de riscos laborals per compte del responsable del tractament. Les dades no es comunicaran a altres categories de destinataris, excepte en els casos previstos per la llei.

Drets: Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se'n al tractament i sol·licitar-ne la limitació.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina [web](#)

He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades.

Espai reservat per al Servei de Prevenció de Riscos Laborals

- Accident sense baixa Accident amb baixa Accident mortal
 Incident
 Malaltia professional
 Recaiguda
-

Data de recepció de la notificació al Servei
