

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

Dades del centre de treball

Codi	Nom	Municipi
------	-----	----------

- Serveis centrals
 Serveis Territorials a _____
 Consorci 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 / Categoria a què pertany	Lloc de treball	Antiguitat en el lloc
-------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------------

Personal propi

- PAS
 Docent

Relació laboral

- Funcionari de carrera
 Funcionari interí
 Personal laboral
 Altres (especifiqueu-ho):

Personal extern. Empresa a la qual pertany:

Tipus de cobertura mèdica

- Seguretat Social
 MUFACE (especifiqueu l'entitat mèdica):

Assistència mèdica

- Centre de treball (farmaciola)
 Mútua d'accidents
 Entitat MUFACE
 Centre d'assistència primària
 Hospital

Gravetat (si es disposa de la informació)

- Lleu
 Greu
 Molt greu
 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 <http://educacio.gencat.cat/ca/departament/proteccio-dades/informacio-addicional-tractaments/prevencio-riscos-laborals.html>

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
