

ANEXO 6.4

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE/INCIDENTE DE TRABAJO

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA CONCURRENTE

Denominación:.....
Dirección:..... CP/Ciudad:.....

Datos del/de la trabajador/a accidentado/a (en su caso)

Nombre y apellidos.....
Puesto de Trabajo.....
Pertenece a:Empresa concurrente..... Departamento/Organismo.....

Datos del accidente/incidente

Fecha y hora:.....
Lugar (1).....
Descripción del accidente/incidente:
Causa baja médica (en su caso).....

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DEL MINISTERIO/ORGANISMO

Denominación:.....
Dirección:..... CP/Ciudad:.....

(1) Informar de los accidentes/incidentes ocurridos en el centro de trabajo del Ministerio/Organismo, o por causa de la actividad desarrollada en éste.

....., de20.....