

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)

Accidente 1 1 Recaída 2 2

PAT

1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Formulario for worker data including fields for name, sex, social security affiliation, date of entry, date of birth, nationality, occupation, and professional situation.

2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Formulario for company data including fields for company name, CIF or NIF, cotization code, address, and organizational modalities.

3.- LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

Formulario for accident location and workplace details, including options for where the accident occurred and specific location information.

CENTRO DE TRABAJO

Formulario for workplace center details, including options for the type of workplace and fields for company identification.

**DATOS DEL CENTRO : (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)**

Nombre o Razón Social:..... Domicilio:..... Provincia:.....  
 Municipio:..... Código Postal:..... Teléfono:.....  
 Plantilla actual del Centro (12) Código Cuenta Cotización Actividad económica principal del centro (13) : CNAE

**4.- ACCIDENTE**

Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Día de la semana del accidente Hora del día del accidente Hora de trabajo (14) Era su trabajo habitual  
 (1 a 24) (1ª, 2ª, etc.)  SI  NO

SI  NO Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15) : .....

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) : .....

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) : .....

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18) : .....

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) : .....

¿Qué hecho **anormal** que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) : .....

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) : .....

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) : .....

Aparato o agente material causante de la lesión (23) : .....

SI  NO Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

SI  NO Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24) : .....

**5.- ASISTENCIALES**

Descripción de la lesión (25) : .....

Grado de la lesión (26): Leve  Grave  Muy grave  Fallecimiento  Parte del cuerpo lesionada (25) : .....

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) : .....

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27) : Hospitalaria  Ambulatoria

SI  NO Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:.....

**6.- ECONÓMICOS**

A) Base de cotización mensual :	B) Base de cotización al año (4) :	C) Subsidio :
-En el mes anterior (1) .....	B1.- por horas extras .....	Promedio diario
-Días cotizados (2) .....	B2.- por otros conceptos .....	-Base reguladora A .....
-Base reguladora A (3) .....	Total B1 + B2 .....	-Base reguladora B.....
	Promedio diario base B (5) .....	Total B.R. diaria (6) .....
		Cuantía del subsidio 75% (7) .....

Don/Doña:..... en calidad de ....., de la empresa, expide el presente parte en .....a.....de.....de..... (firma y sello)	ENTIDAD N °  N° EXPEDIENTE  N° EXPEDIENTE	AUTORIDAD LABORAL (Sellado y fechado)
--	---	--